

運転免許証等 貼付台紙

※運転免許証がない場合

本人確認書類は下記いずれか1点でも可。

- マイナンバーカード(通知カードは不可)
- パスポート
- 在留カード・特別永住者証明書
- その他(顔写真・名前・生年月日が確認できる公的な証明書または書類)

※本人確認書類は、顔・名前・生年月日が必ず見えるようコピーして下さい。

貼付台紙

本人確認書類の写しを貼付下さい。

労災保険



一人親方等の特別加入制度

～ 継続加入の方及び新規加入の方へ～

労働者災害補償保険(以下、労災保険)は国が行っている保険制度です。通常、建設業に従事する一人親方や事業主、その同居親族は労災保険の対象外になります。対象外の方でも、「一人親方等の特別加入制度」に加入していれば、労災補償を受けることができます。

1. 一人親方の範囲 (建設工事従事者)

- 従業員のいない事業所の事業主(法人・個人)
- 代表と役員のみの方
- 事業主と同居親族のみの方

労働者を常時使用する方[※]及び労働者として常に使用されている方は一人親方の対象になりません。
[※]労働者の使用が年間100日未満の場合は、一人親方の対象になります。



■ 労働者を使用しない
個人事業主



■ 労働者のいない法人の代表や役員
 ■ 同居親族だけで営む事業所の人
[※]個別に加入が必要

2. 補償給付の種類

管轄の労働基準監督署によって申請の審査基準により給付が行われます。

療養補償給付	治療に要した療養費を給付
休業補償給付	休業4日目から基礎給付日額の80%(休業補償60%・特別支給金20%)を給付 [※] 入院もしくは完全労働不能の期間は休業と認められ、一部作業ができる場合は不可。
障害補償給付	等級、基礎給付日額に応じて給付
遺族補償給付	年金または一時金を遺族の状況、基礎給付日額に応じて給付
葬祭料	31万5千円に給付基礎日額の30日分を加えた額または給付基礎日額の60日分のいずれか高い方を支給

生活習慣病によっても起こりうる腰椎や頸椎の病気、脳・心臓疾患などは労災認定が難しく、労働基準監督署が労働者災害補償保険上の認定基準に基づき業務災害と認定した疾病についてのみ、労災給付の対象となります。

3. 補償対象となる業務の範囲

《補償適用内》

- 請負契約に直接必要な行為を行う場合
- 請負工事現場における作業及び直接付帯する行為を行う場合
- 請負契約に基づくもので、作業を自家内作業場において行う場合
[※]建築現場に使われる材料を作業場で加工する場合など
- 請負工事にかかる機械及び製品を運搬する作業及び直接付帯する行為を行う場合
[※]「一人親方等の特別加入制度」の加入者は、元請・下請に限らず労災保険が適用されます。



《補償適用外》

- 自宅、作業場の修復などは不可

労災保険「一人親方等の特別加入」

《2025年度》加入申し込みのご案内

1. 保険の適用

- ・ 新規加入の場合…承認年月日より適用(労働基準監督署が受け付けた日の翌日から適用)
※申し込みより一週間程度、お時間をいただく場合があります。
※有機溶剤や粉塵作業業務をされている方は、加入時に健康診断が必要となります。(費用は無料)
- ・ 継続加入の場合…4月1日より適用(支部及び本部締め切り日「3月上旬頃」までに手続きした場合)

※本人確認の為、「運転免許証等(コピー)を必ず添付」してください。更新手続きの際は必要ありません。

2. 保険の期間

- ・ 承認年月日から、その年度の3月末日までとする。(継続する場合は申し込みが必要です。)
- ※継続加入の申し込みがない場合は、3月末日で自動的に脱退となり、4月以降の労働災害は一切適用されません。(愛知労働局による加入脱退手続きが厳格化のため)**

3. 給付基礎日額及び保険料等 (含:手数料)

- ・ 加入時に申込書を添えて納入してください。
※給付基礎日額は最低一年間変更ができません。
※年度更新時のみ日額の変更ができます。年度途中は変更できませんのでご注意ください。

(A表) ※万が一の災害に備えて所得にあった給付基礎日額を推奨しています。

① 給付基礎日額	②加入月											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
20,000	129,000	119,000	108,000	98,000	88,000	77,000	67,000	57,000	46,000	36,000	26,000	15,000
18,000	117,000	107,000	98,000	89,000	79,000	70,000	61,000	52,000	42,000	33,000	24,000	14,000
16,000	104,000	96,000	88,000	79,000	71,000	63,000	55,000	46,000	38,000	30,000	22,000	13,000
14,000	92,000	85,000	77,000	70,000	63,000	56,000	48,000	41,000	34,000	27,000	19,000	12,000
12,000	79,000	73,000	67,000	61,000	55,000	48,000	42,000	36,000	30,000	24,000	17,000	11,000
10,000	67,000	62,000	57,000	52,000	46,000	41,000	36,000	31,000	26,000	21,000	15,000	10,000
8,000	55,000	50,000	46,000	42,000	38,000	34,000	30,000	26,000	22,000	17,000	13,000	9,000
7,000	48,000	45,000	41,000	38,000	34,000	30,000	27,000	23,000	19,000	16,000	12,000	8,000
6,000	43,000	39,000	36,000	33,000	30,000	27,000	24,000	21,000	17,000	14,000	11,000	7,000
5,000	36,000	33,000	31,000	28,000	26,000	23,000	21,000	18,000	15,000	13,000	10,000	6,000
3,500	28,000	26,000	24,000	22,000	20,000	19,000	17,000	15,000	13,000	11,000	8,000	5,000

(単位:円)

4. 労災事故が発生した場合

- ・ すぐに病院を受診してください。病院の受付時に健康保険証は提示せず、労災事故であることを説明して下さい。**どんな軽いケガでも労災事故は健康保険が使えないのが原則です。**
- ・ 愛知建連本部へ連絡してください。病院へ提出する書類等を作成し、本人宛に送付します。



労働保険事務組合 / 一人親方団体
愛知県建設組合連合

名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox3階 TEL (052) 228-9925 FAX (052) 251-8866

2025年度一人親方の特別加入申込書

No. _____

所属	支部	ふりがな 氏名	性別 男・女
現住所	(〒) 市郡		
書類送付先	※現住所と送付先が異なる場合のみ記入して下さい。		
(〒) 市郡	あて先	様	
職種	生年月日	昭和・平成	年 月 日
電話番号	FAX	携帯電話	
メールアドレス			
①~③はA表より選んで記入して下さい。			
① 給付基礎日額	② 加入月	③ 保険料等	
円	月	円	
④ 領収書宛名(氏名と異なる場合のみ記入して下さい。)			
上記の内容で保険料等を添えて加入を申し込みます。			署名 印
年 月 日			〔直筆署名または押印必須〕

※一人親方の特別加入申込書に記載されている個人情報につきましては、一人親方の特別加入に係る事務に使用し、その他の目的では使用いたしません。

※本部記入欄	整理番号	承認 年月日	年 月 日
--------	------	-----------	-------

**新規加入される方へ
要 運転免許証(写)
※更新時は不要**

※裏面貼付

支部担当者は下欄(預り証・領収控)に必要な事項を記入して下さい。

領収控	年 月 日	本部受付欄
領収金額	名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox3階 愛知県建設組合連合	
支部名	支部 担当者	印

預り証		No. _____
様		年 月 日
¥		
2025年度分 一人親方労災保険料等 上記の金額を正にお預かりいたしました。		
名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox3階 愛知県建設組合連合 電話(052)228-9925 FAX(052)251-8866		担当者印
支部名	支部 担当者	

(注) 担当者氏名及び印なきものは無効

後日、愛知県建設組合連合本部より領収書を発行して送付いたします。