

ご検討中の方にお渡しください。

美容業専門 国の労災保険



対象職種の一例

下記の職種はあくまで一例です。ご自身の職種が対象かご不安な方は、当団体にお声がけください。



美容師・理容師



ネイリスト



エステティシャン

ご加入の流れ



1.WEBで申込み

お見積りボタンから金額を確認して申込み。



2.お支払い

申込み後、クレジットカードまたは銀行振込でお支払い。



3.完了をメールでお知らせ

申込み事項と入金確認後、当団体から営業日に完了をメールでお知らせ。

HPはこちら



主な給付内容

メリット

国の労災保険は、もしも働けなくなった際の収入を、手厚く補償します。これは、民間の保険にはない大きな安心です。

補償について

フリーランスの方が労災保険に特別加入をすることにより、工作中や通勤中のケガ、病気、障害または死亡等に対して、補償を受けられます。

療養(補償)等給付

ケガや病気の治療に必要な給付を受けられます。例えば、労災保険指定医療機関において、無料で治療を受けることができます。

休業(補償)等給付

療養のために仕事を休み、収入を得ていない場合に給付を受けることができます。

遺族(補償)等給付

仕事や通勤が原因で死亡してしまった場合には、遺族の方が年金または一時金の給付を受けることができます。

出典：厚生労働省「フリーランスの皆さまも特別加入により労災保険の補償を受けられます！」

※1本チラシは、労災保険特別加入制度の概要を説明したものです。ご加入には審査があり、ご加入いただけない場合もございます。※2保険給付には、労災認定の基準を満たす必要があります。すべての事故や疾病が給付の対象となるわけではありません。労災認定は名古屋北労働基準監督署が行います。※3保険料や給付内容は、法令等の改正によって変更される場合があります。※4より詳細な情報やご不明な点は、必ず当組合のウェブサイトをご確認いただくか、直接お声がけください。

フリーランス保険組合 FAX申込書

フリーランス保険組合 理事長 殿

このたび、ご加入されるフリーランスおよび代理人ともに、フリーランス保険組合の定款、事務処理規約、【別紙】の「代理手続きに関する確認書」及び〈会則〉並びにその他の規則に同意し、フリーランス保険組合へ「代理手続き」にて特定フリーランスの特別加入に申込みをいたします。

	窓口会社番号		会則	
申込年月日	年 月 日	申込み人数	() 人中 () 人目	
代理の方の情報	会社名	フリガナ		
	代表者氏名	フリガナ	担当者氏名	フリガナ
	住所	〒 - - 都・道・府・県		
	担当に繋がる電話番号	- -	FAX 番号	- -

加入希望内容	加入希望月	年 月			
		※ 加入期間は、12 か月間のみとなります			
	給付基礎日額	<input type="checkbox"/> 3,500 円	<input type="checkbox"/> 4,000 円	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> 6,000 円
	<input type="checkbox"/> 8,000 円	<input type="checkbox"/> 9,000 円	<input type="checkbox"/> 10,000 円	<input type="checkbox"/> 12,000 円	<input type="checkbox"/> 14,000 円
	※ 16,000 円以上の日額を選択希望の場合は、HP からお申し込みください				
仕事内容	<input type="checkbox"/> 剪定	<input type="checkbox"/> 草刈	<input type="checkbox"/> 除草	<input type="checkbox"/> 伐採	<input type="checkbox"/> 庭木の管理
	<input type="checkbox"/> 造船	<input type="checkbox"/> 測量	<input type="checkbox"/> 保守・点検	<input type="checkbox"/> 管理業務	<input type="checkbox"/> メンテナンス
	<input type="checkbox"/> 清掃	<input type="checkbox"/> ハウスクリーニング	<input type="checkbox"/> 製造・組み立て		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

加入を希望する一人親方の個人情報	加入者氏名	フリガナ			
	生年月日	年 月 日	携帯電話	- -	
	自宅電話	- -	FAX 番号	- -	
	1	会社や個人事業主と取引している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 予定がある		
	2	従業員や役員がいない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	3	日本国籍ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	4	除染作業をしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	5	今まで通算して3年以上粉じん作業をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	6	今まで通算して1年以上振動工具を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	7	今まで通算して6か月以上屋内で鉛を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
8	今まで通算して6か月以上屋内で有機溶剤をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
※ 5～8に <input checked="" type="checkbox"/> はい を選択した方は、国が費用負担する「加入時健康診断」が必要な場合があります。					

自動車免許証（表裏）と一緒にFAXまたはメールしてください。

FAX 050-3174-6317 メール:mail@freelance-hoken.jp