

# 福井県インテリア事業協同組合

## 一人親方の労災保険特別加入制度のおすすめ



1日 約 **162** 円で  
(年間保険料59,130円の場合の一例)

給付基礎日額

**10,000** 円

1日 約 **90** 円で  
(年間保険料32,850円の場合の一例)

給付基礎日額

**5,000** 円

・厚生労働省

・福井労働局

・労働基準監督署

特別加入団体



福井県インテリア事業協同組合

# 労働保険特別加入制度



特別加入者の保険料は「1日の賃金に相当する給付基礎日額」により異なります。多くの補償を受けるには、保険料も多く納入しなければなりません。

しかし、ここでおすすめする「労災保険特別加入制度」は皆様が無理をせず、加入できる国が推進するお得な労災保険です。

## 一人親方の労災保険料特別加入制度の保険料

一日の賃金に相当する「給付基礎日額」による年間保険料

給付基礎日額	保険料算定基礎額	年間保険料
20,000円	7,300,000円	131,400円
18,000円	6,570,000円	118,260円
16,000円	5,840,000円	105,120円
14,000円	5,110,000円	91,980円
12,000円	4,380,000円	78,840円
10,000円	3,650,000円	59,130円
9,000円	3,285,000円	59,130円
8,000円	2,920,000円	52,560円
7,000円	2,555,000円	45,990円
6,000円	2,190,000円	39,420円
5,000円	1,825,000円	32,850円

平成30年4月1日現在、労災保険料率は  
一人親方……18/1000

- ・保険期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までです。
- ・年度途中の加入の場合、保険料は月割り計算です。

### ⚠ 加入時の注意点

- ① 誓約書…労働安全衛生法その他労災関係法令を遵守することを誓う
- ② 念書…保険料の支払いについて提出をお願いいたします。

### ⚠ 保険金が支払えない主な場合

特別加入者があくまでも業務上または通勤上での災害について保険給付が行われますが、その災害が特別加入者の故意又は重大な過失による場合及び保険料の滞納期間中に生じた場合には、支給制限(全部又は一部)が行われることがあります。

### ⚠ 万一災害にあわれた場合

災害にあわれた場合は直ちにご通知下さい。  
係員が受付をさせていただきます。  
尚、「加入証明書」は常時携帯し、病院へ提出下さい。

お申し込み先

福井県インテリア事業協同組合

TEL (0776) 22-0630 FAX (0776) 21-7658

# 工事現場での作業中、通勤途中でケガをした場合

労災特別加入でこんなに安心です！

労災特別加入でもらえる内容 ～一日につきとは加入時に決めた「給付基礎日額」です～		
傷病により 病院等で 治療したとき	必要な治療費は <b>全額無料</b>	
傷病治療の ため休業 したとき	休業4日目から <b>1日につき60%</b> (給付基礎日額の60%相当)	休業特別支給金 としてさらに <b>20%相当額                      が加算</b>
傷病が治った 後に障害が 残ったとき	<b>【障害(補償)年金】の支給</b> 第1級は給付基礎日額の313日分～ 第7級は給付基礎日額の131日分  <b>【障害(補償)一時金】の支給</b> 第8級は給付基礎日額の503日分～ 第14級は給付基礎日額の56日分	傷害特別支給金 として 第1級 <b>342万円</b> ～ 第14級 <b>8万円</b> が一時金支給
傷病が療養開始 後1年6ヶ月を経 過した日または 同日後に治って いない時	<b>【傷病補償年金】の支給</b> 第1級は給付基礎日額の313日分 第2級は給付基礎日額の277日分 第3級は給付基礎日額の245日分	傷病特別支給金 として 第1級 <b>342万円</b> 第2級 <b>107万円</b> 第3級 <b>100万円</b> が一時金支給
死亡したとき	<b>【遺族(補償)年金】の支給</b> 遺族一人:給付日額の153日分～ 遺族4人以上:給付基礎日額の245日分 <b>【遺族(補償)一時金】の支給</b> 年金を受け取ることができる遺族がいない 場合は給付基礎日額の1000日分 <b>【葬祭料】の支給</b> 31.5万円+給付基礎日額の30日分 又は給付基礎日額の60日分の高い方	遺族特別支給金 として <b>300万円</b> が一時金支給

加入申込書に記入後、組合事務局まで郵送して下さい。取りまとめ事業所は、一括で事務局まで郵送して下さい。

# 一人親方特別加入申込書

福井県インテリア事業協同組合一人親方特別加入の規約・事務処理規定に同意し、下記の通り一人親方特別加入を申し込みます。

フリガナ		平成	年	月	日
加入者氏名		印		性別	
生年月日	大・昭・平	年	月	日	才
住所	〒	—		☎( )	
作業の具体的内容					
特定業務の有無 【有の場合は該当する記号を○で囲んでください】	1. 粉じん作業を行う業務 2. 振動工具使用の業務 3. 鉛業務 4. 有機溶剤業務	特定業務に 最初に従事した日	年	月	日
		特定業務に 従事した期間の合計	年	ヶ月	
加入年月日	年	月	日	～	年 3月 31日( ヶ月)
申請給付基礎日額 及び保険料	給付基礎日額	円			
	年間保険料	円	×	ヶ月/12ヶ月=	
保険料の 振込	福井県インテリア事業協同組合より一人親方特別加入保険料として 請求書及び念書を送付致します。 (※保険料の振込を確認後、加入証明書を送付致します。)				
取りまとめ事業所					
住所	〒	—		☎( )	

●保険期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までです。 ●年度途中の加入の場合、保険料は月割り計算です。

## 誓約書

福井県インテリア事業協同組合 理事長 殿

私は作業に従事する際には、労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には十分注意致します。

平成 年 月 日

住所

氏名

印