

労働者災害補償保険 特別加入申請書 (中小事業主等)

事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称)							
申請に係る事業	イ 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	
	フリガナ						
	口 名称						
	ハ 事業場の所在地						

特別加入予定者 \* この用紙に入力しきれない場合には、別紙に入力すること。 加入予定者数 計 名

整理番号	特別加入予定者の氏名	事業主との関係	業務の内容		業務歴	希望する給付基礎日額	備考
			業務の具体的内容	特定業務との関係			
			イ 粉じん作業を行う業務 ロ 振動工具使用の業務 ハ 鉛業務 ニ 有機溶剤業務 ホ 該当なし	特定業務に	最初に 従事した年月 年 月 従事した期間 の合計 年 月		
			イ 粉じん作業を行う業務 ロ 振動工具使用の業務 ハ 鉛業務 ニ 有機溶剤業務 ホ 該当なし	特定業務に	最初に 従事した年月 年 月 従事した期間 の合計 年 月		
			イ 粉じん作業を行う業務 ロ 振動工具使用の業務 ハ 鉛業務 ニ 有機溶剤業務 ホ 該当なし	特定業務に	最初に 従事した年月 年 月 従事した期間 の合計 年 月		
			イ 粉じん作業を行う業務 ロ 振動工具使用の業務 ハ 鉛業務 ニ 有機溶剤業務 ホ 該当なし	特定業務に	最初に 従事した年月 年 月 従事した期間 の合計 年 月		
			イ 粉じん作業を行う業務 ロ 振動工具使用の業務 ハ 鉛業務 ニ 有機溶剤業務 ホ 該当なし	特定業務に	最初に 従事した年月 年 月 従事した期間 の合計 年 月		

労働保険事務の処理を委託した年月日 年 月 日

労働保険事務組合の証明

上記の日より労働保険事務の処理の委託を受けていることを証明します。

名称 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

労働保険事務組合の主たる事務所の所在地

年 月 日

代表者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

特別加入を希望する日(申請日の翌日から起算して 14 日以内) 年 月 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
事業主の氏名 \_\_\_\_\_ 印

労働局長 殿

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)