

労働者災害補償保険 特別加入申請書 (中小事業主等)

帳票種別  
3
6
2
1
1

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。  
 ※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)

① 申請に係る事業の労働保険番号

府	県	所	掌	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

※受付年月日 9 令和                        

元号 年 月 日  
 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

② 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称)

③ 申請に係る事業

申請に係る事業	名称 (フリガナ) _____ 名称 (漢字) _____ 事業場の所在地 _____
---------	--

④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 \_\_\_\_\_ 名 \*この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

特別加入予定者	加入予定者数	業務の内容	除染作業	従事する特定業務	特定業務・給付基礎日額
フリガナ氏名 _____ 生年月日 年 月 日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 ( ) 5 家族従事者 ( )	業務の具体的内容 _____ 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 _____ 年 月 従事した期間の合計 _____ 年間 ____ヶ月 希望する給付基礎日額 _____ 円
フリガナ氏名 _____ 生年月日 年 月 日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 ( ) 5 家族従事者 ( )	業務の具体的内容 _____ 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 _____ 年 月 従事した期間の合計 _____ 年間 ____ヶ月 希望する給付基礎日額 _____ 円
フリガナ氏名 _____ 生年月日 年 月 日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 ( ) 5 家族従事者 ( )	業務の具体的内容 _____ 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 _____ 年 月 従事した期間の合計 _____ 年間 ____ヶ月 希望する給付基礎日額 _____ 円
フリガナ氏名 _____ 生年月日 年 月 日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 ( ) 5 家族従事者 ( )	業務の具体的内容 _____ 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 _____ 年 月 従事した期間の合計 _____ 年間 ____ヶ月 希望する給付基礎日額 _____ 円

⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

⑥ 労働保険事務組合の証明

上記⑤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 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 労働保険事務組合の主たる事務所の所在地 \_\_\_\_\_  
 代表者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 年 月 日

⑦ 特別加入を希望する日 (申請日の翌日から起算して30日以内) \_\_\_\_\_ 年 月 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
 事業主の氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 (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)

労働局長 殿

折り曲げる場合にはこの所で折り曲げてください。

〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

## 標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「事業主との関係」の欄には、事業主本人（代表者）は「1」を○で囲むこと。  
また、事業主が行う事業に従事する者（代表者以外の者）については、事業主が法人その他の団体であるときは「3」、事業主が個人であるときは「5」を○で囲むこと。  
さらに、「3」を○で囲んだときはその事業における従業上の地位を、「5」を○で囲んだときは事業主との続柄を、それぞれ（ ）に記載すること。
- 2 「業務の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務の具体的内容を記載すること。
- 3 「労働者の始業及び終業の時刻」の欄には、特別加入予定者の従事する事業の労働者に係る所定の始業及び終業の時刻を記載すること。
- 4 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
- 5 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）  
なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
- 6 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 7 記載事項のない欄には斜線を引くこと。
- 8 「労働保険事務組合の代表者の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		Ⓜ	( ) -