

## 労働者災害補償保険 特別加入申請書 (中小事業主等)

◎ 裏面の注意事項を読んでから記載してください。

① 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称)							
② 申請に係る事業	労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	
	フリガナ						
	名称						
事業場の所在地							
③ 特別加入予定者	加入予定者数 <u>    </u> 計 <u>    </u> 名						
特別加入予定者	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務の内容 業務の具体的内容			特定業務・給付基礎日額	業務歴	
フリガナ 氏名	( )	除染 作業	従事する特定業務	最初に 従事した年	年	月	
生年月日				従事した 期間の合計	年間	ヶ月	希望する給付基礎日額
特別加入予定者	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務又は作業の内容 業務の具体的内容			特定業務・給付基礎日額	業務歴	
フリガナ 氏名	( )	除染 作業	従事する特定業務	最初に 従事した年	年	月	
生年月日				従事した 期間の合計	年間	ヶ月	希望する給付基礎日額
特別加入予定者	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務又は作業の内容 業務の具体的内容			特定業務・給付基礎日額	業務歴	
フリガナ 氏名	( )	除染 作業	従事する特定業務	最初に 従事した年	年	月	
生年月日				従事した 期間の合計	年間	ヶ月	希望する給付基礎日額
特別加入予定者	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務又は作業の内容 業務の具体的内容			特定業務・給付基礎日額	業務歴	
フリガナ 氏名	( )	除染 作業	従事する特定業務	最初に 従事した年	年	月	
生年月日				従事した 期間の合計	年間	ヶ月	希望する給付基礎日額

④ 労働保険事務の処理を委託した年月日 年 月 日

⑤ 労働保険事務組合の証明

上記④の日より労働保険事務の処理の委託をうけていることを証明します

名 称 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日 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 \_\_\_\_\_

⑥ 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。

郵便番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

事業主の住所 \_\_\_\_\_

労働局長 殿

氏名 \_\_\_\_\_

Ⓜ

(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)