

「業務の具体的内容」欄は、災害が発生したとき、労災保険給付の対象となるかを判断する上で重要な項目ですので、特別加入者として行う業務の具体的な内容を、明確に記載してください。

「従事する特定業務」欄は、特別加入者として従事する業務が欄内の1から7までに掲げる特定業務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○で囲み、いずれにも該当しない場合には、9を○で囲んでください。

様式第34号の7（表面）

# 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<br>36211                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | ※裏面の注意事項を読んでから記載してください。<br>※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<br>府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号<br>14101900005005                                                                                                                          |                                                                                                                              | ※受付年月日 9 令和 年 月 日<br>1～9月は右へ 1～9月は右へ 1～9月は右へ                                                                                    |  |
| 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）<br>厚生労働塗装有限公司                                                                                                                                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |  |
| ③ 申請に係る事業<br>名称（フリガナ） コウセイロウカウ トソウ コウケンガイシャ<br>名称（漢字） 厚生労働塗装有限公司<br>事業場の所在地 神奈川県横浜市中区XX通X-0                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |  |
| ④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 3 名<br>*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                                                                                                                                                                          | 業務の内容                                                                                                                        | 特定業務・給付基礎日額                                                                                                                     |  |
| フリガナ氏名<br>コウセイ タロウ<br>厚生 太郎<br>生年月日<br>昭和41年8月20日                                                                                                                                | 事業主との関係<br>(地位又は続柄)<br>①本人<br>③役員<br>5 家族従事者<br>業務の具体的内容<br>一般建築物の塗装<br>(トルエン・キシレン・エチルベンゼン)<br>労働者の始業及び終業の時刻<br>9時00分～17時30分 | 業務歴<br>従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし<br>最初に従事した年月 昭和40年10月<br>従事した期間の合計 30年間6ヶ月<br>希望する給付基礎日額 14,000 円 |  |
| フリガナ氏名<br>コウセイ シロウ<br>厚生 次郎<br>生年月日<br>昭和42年4月5日                                                                                                                                 | 事業主との関係<br>(地位又は続柄)<br>1 本人<br>③役員<br>(取締役)<br>5 家族従事者<br>業務の具体的内容<br>同上<br>労働者の始業及び終業の時刻<br>9時00分～17時30分                    | 業務歴<br>従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし<br>最初に従事した年月 平成10年4月<br>従事した期間の合計 20年間ヶ月<br>希望する給付基礎日額 18,000 円   |  |
| フリガナ氏名<br>コウセイ サダロウ<br>厚生 三郎<br>生年月日<br>昭和42年10月10日                                                                                                                              | 事業主との関係<br>(地位又は続柄)<br>1 本人<br>③役員<br>(取締役)<br>5 家族従事者<br>業務の具体的内容<br>同上<br>労働者の始業及び終業の時刻<br>9時00分～17時30分                    | 業務歴<br>従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし<br>最初に従事した年月 平成10年8月<br>従事した期間の合計 20年間8ヶ月<br>希望する給付基礎日額 14,000 円  |  |
| フリガナ氏名<br>コウセイ サダロウ<br>厚生 三郎<br>生年月日<br>昭和42年10月10日                                                                                                                              | 事業主との関係<br>(地位又は続柄)<br>1 本人<br>③役員<br>(取締役)<br>5 家族従事者<br>業務の具体的内容<br>同上<br>労働者の始業及び終業の時刻<br>9時00分～17時30分                    | 業務歴<br>従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>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 令和00年4月3日                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |  |
| ⑥ 労働保険事務組合の証明<br>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。<br>労働保険事務組合 名称 労働保険事務組合 00 商工会<br>郵便番号 231-0000 電話番号 045-0000-XXXX<br>主たる事務所の所在地 神奈川県横浜市中区00町ム-△<br>代表者の氏名 労災一郎<br>令和00年4月5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） 令和00年5月1日                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |  |

「特別加入予定者」欄は、中小事業主とともに包括して加入しなければならない役員や家族従事者を全員記載してください。

上記のとおり特別加入の申請をします。

令和00年4月21日

神奈川県 労働局長 殿

事業主の

郵便番号 231-0000 電話番号 045-211-0X0X

住所 神奈川県横浜市中区XX通X-0

氏名 厚生労働塗装有限公司 代表取締役 厚生太郎

(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)

※この様式は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html))

QRコードはこちら⇒



特別加入を承認されている人の氏名、業務内容などに変更があった場合には、この欄に記載してください。

様式第34号の8 (表面)

労働者災害補償保険 (特別加入に関する変更届) (中小事業主等及び一人親方等)  
特別加入脱退申請書

|                                                          |                                                                                                                   |                                                                   |                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 帳票種別                                                     |                                                                                                                   | 36241                                                             |                                                                                                                                                                                          |
| 特別加入の承認に係る事業                                             |                                                                                                                   | ◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。<br>※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）            |                                                                                                                                                                                          |
| 労働<br>保険<br>番号                                           | 府県所管管轄<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>141019000005005</div><div></div></div> | ※受付年月日                                                            | 元号年 月 日<br>9令和 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div> </div><div> </div><div> </div><div> </div><div> </div></div><br><small>1～9月は右へ 10～9月は右へ 10～9月は右へ</small> |
| 事業名称<br><div style="font-size: 1.5em;">厚生労働塗装有限公司社</div> |                                                                                                                   | 事業場の所在地<br><div style="font-size: 1.5em;">神奈川県横浜市中区 XX通 X-0</div> |                                                                                                                                                                                          |

  

|                                                                  |                |  |                |                              |                                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------|--|----------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 今回の変更届に係る者    合計： / 人<br>内訳（変更： 〇 人、脱退： 〇 人、加入： / 人）             |                |  |                | *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。 |                                      |
| 変更届の場合（特別加入者のうち一部に変更がある場合）<br><br>特別加入者に関する事項の変更<br><br>特別加入者の異動 | 変更年月日<br>年 月 日 |  | 変更を生じた者のフリガナ氏名 |                              | 中小事業主又は一人親方との関係(地位又は統制)              |
|                                                                  | 生年月日           |  | 変更後のフリガナ氏名     |                              | 変更前                                  |
|                                                                  | ※整理番号          |  | 変更後            |                              | 業務又は作業の内容<br>1 本人<br>3 役員<br>5 家族従事者 |
|                                                                  | 変更年月日          |  | 変更を生じた者のフリガナ氏名 |                              | 変更前                                  |
|                                                                  | 生年月日           |  | 変更後のフリガナ氏名     |                              | 変更後                                  |
|                                                                  | ※整理番号          |  | 業務又は作業の内容      |                              | 1 本人<br>3 役員<br>5 家族従事者              |
|                                                                  | 異動年月日          |  | フリガナ氏名         |                              | 生年月日                                 |
|                                                                  | 年 月 日          |  | 年 月 日          |                              | ※整理番号                                |
|                                                                  | 異動年月日          |  | フリガナ氏名         |                              | 生年月日                                 |
|                                                                  | 年 月 日          |  | 年 月 日          |                              | ※整理番号                                |

  

| 特 別 加 入 予 定 者          |                                                          | 業 務 又 は 作 業 の 内 容                                                                                       |                    | 特 定 業 務 ・ 給 付 基 礎 日 額                                  |                                                       |
|------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 異動年月日<br>令和〇〇年 7 月 3 日 | 中小事業主又は一人親方との関係(地位又は統制)<br>① 本人<br>② 役員 (取替役)<br>⑤ 家族従事者 | 業務又は作業の具体的内容<br><div style="font-size: 1.2em; text-align: center;">一般建築物の塗装<br/>(ヒェン・キレン・イチルバンゼン)</div> | 除染作業<br>1 有<br>③ 無 | 従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>⑦ 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 平成XX年 4                              |
| 生年月日<br>昭和53年 5 月 5 日  |                                                          | 労働者の就業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)<br>9 時 00 分 ~ 17 時 00 分                                                         |                    |                                                        | 従事した期間の合計 14 年間 3 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 7,000 P            |
| 異動年月日<br>年 月 日         | 中小事業主又は一人親方との関係(地位又は統制)<br>1 本人<br>3 役員<br>⑤ 家族従事者       | 業務又は作業の具体的内容<br>労働者の就業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)<br>時 分 ~ 時 分                                                    | 除染作業<br>1 有<br>3 無 | 従事する特定業務<br>1 粉じん<br>3 振動工具<br>5 鉛<br>7 有機溶剤<br>9 該当なし | 業務歴<br>最初に従事した年月 年 月<br>従事した期間の合計 年間 ヶ月<br>希望する給付基礎日額 |

変更決定を希望する日（変更届提出の翌日から起算して30日以内）      令和〇〇年 7 月 3 日

  

|                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 以下の欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限りて記載すること。<br>*申請の理由（脱退の理由） | *脱退を希望する日（申請日から起算して30日以内）<br>年 月 日 |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

上記のとおり 変更を生じたので届けます。  
特別加入脱退を申請します。

令和〇〇年 6 月 7 日

神奈川 労働局長 殿

郵便番号 231 - 0000 電話番号 045 - 211 - 0X0X

住所 神奈川県横浜市中区 XX 通 X-0

事業主の氏名 厚生労働塗装有限会社 代表取締役 厚生太郎  
(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)

※この様式は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html))

QRコードはこちら⇒



新たに事業に従事することになった人がいる場合（労働者を除く）には、この欄に記載してください。

労働者災害補償保険  
特別加入時健康診断申出書

横浜南 労働基準監督署長殿

下記の者について健康診断証明書の提出が必要ですので、「特別加入健康診断指示書」の交付をお願いします。

令和〇〇年 4 月 12 日

| 府 県 | 所 轄 | 管 轄 | 基 幹 番 号 | 枝 番 号 |
|-----|-----|-----|---------|-------|
| 1   | 4   | 101 | 9000005 | 005   |

労働保険番号

事業主又は  
特別加入団体の

住 所 神奈川県横浜市中区XX通X-0

(名称) 厚生労働塗装有限公司

代表取締役

氏 名 厚生太郎

特別加入団体の場合には、その  
主たる事務所の所在地、名称、  
代表者の氏名

| 特別加入予定者のうち<br>健康診断が必要な者 | 特別加入予定<br>年 月 日 | 特別加入予定者の作業の内容及び作業に<br>用いる工具（又は材料、薬品等）の名称 | 左記の業務に特別加<br>入前に従事した期間            | 実施すべき健康診断<br>の種類<br>(該当する項を○<br>で囲むこと)               |
|-------------------------|-----------------|------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| 厚生太郎                    | 00.5.1          | 一般建築物の塗装<br>トルエン・キシレン・エチルベンゼン            | 昭和●●年10月から<br>平成〇〇年4月まで<br>30年6月間 | イ.じん肺健康診断<br>ロ.振動障害健康診断<br>ハ.鉛中毒健康診断<br>ニ.有機溶剤中毒健康診断 |
| 厚生次郎                    | 00.5.1          | 同上                                       | 平成□年4月から<br>〇〇年4月まで<br>20年 月間     | イ.じん肺健康診断<br>ロ.振動障害健康診断<br>ハ.鉛中毒健康診断<br>ニ.有機溶剤中毒健康診断 |
| 厚生三郎                    | 00.5.1          | 同上                                       | 平成■年8月から<br>〇〇年4月まで<br>19年8月間     | イ.じん肺健康診断<br>ロ.振動障害健康診断<br>ハ.鉛中毒健康診断<br>ニ.有機溶剤中毒健康診断 |
|                         |                 |                                          | 年 月から<br>年 月まで<br>年 月間            | イ.じん肺健康診断<br>ロ.振動障害健康診断<br>ハ.鉛中毒健康診断<br>ニ.有機溶剤中毒健康診断 |

労働保険事務組合の証明

労働保険事務の処理の委託を

受けている

受ける予定である

ことを証明します。

令和〇〇年 4 月 5 日

認可記号番号

第〇〇-123号

名 称

労働保険事務組合 〇〇商工会

労働保険  
事務組合

主たる事務所  
の所在地

神奈川県横浜市中区〇〇町△△

〇〇〇〇 局  
電話 XX XX 番

代表者の氏名

労災 一郎