

労災保険特別加入証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ
加入証明書	労災保険 特別加入証	40 ページ
	労災保険特別加入加入済確認証	41 ページ
	労災保険加入証明書 (特別加入) (一人親方)	42 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書	43 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書 (一人親方)	44 ページ
	労働者災害補償保険特別加入証明書 (第一種)	45 ページ
申請書	労働者災害補償保険 特別加入申請書	46 ページ
その他	労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届	47 ページ

発行元（入手元）：特別加入団体

<h1>加 入 証</h1>		NO _____
事業所名称	_____	①
特別加入者名	_____	②
労働保険番号	_____	③
○○○○○○○ ○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
TEL 00-0000-0000 • FAX 00-0000-0000		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">④ 印</div>

- ①事業所名称
- ②特別加入者名または事業主名
- ③労働保険番号
- ④証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：特別加入団体

労働者災害補償保険 特別加入証明書

事業所名 ①

事業所所在地

労働保険番号 ②

労災保険者 ③
特別加入者

上記の者について、労働者災害補償保険特別加入に加入していることを証明いたします。

平成 年 月 日

〇〇〇〇〇〇〇〇

組合長 〇〇 〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇

電話 0000-00-0000



- ①事業所名称
- ②労働保険番号
- ③労災保険者特別加入者（事業主名称）
- ④証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

■ 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

362111

① 申請に係る事業の労働保険番号

府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

◎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。）

※受付年月日 9 令和 □□□□□□

1~9月迄 1~9月迄 1~9月迄

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）

名称（フリガナ）

名称（漢字）

事業場の所在地

③ 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	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務の具体的内容	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	1 本人 3 役員 5 家族従事者	業務の具体的内容	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
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻	時 分 ~ 時 分			
フリガナ氏名	1 本人 3 役員 5 家族従事者	業務の具体的内容	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
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻	時 分 ~ 時 分			
フリガナ氏名	1 本人 3 役員 5 家族従事者	業務の具体的内容	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
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻	時 分 ~ 時 分			
フリガナ氏名	1 本人 3 役員 5 家族従事者	業務の具体的内容	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
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻	時 分 ~ 時 分			

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。

労働保険事務組合 名称 _____

〒 _____ 電話 () _____

主たる事務所の所在地 _____

代表者の氏名 _____ 印

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 () _____

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 印

- ①労働保険番号
- ②名称（事業所名称）
- ③証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届

発行元（入手元）：労働保険事務組合

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

特別加入の承認に係る事業

労働保険番号 府 県 所 属 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 ①

事業名称 ②

事業場の所在地

元号 年 月 日
9 令和
1~999999 1~999999 1~999999

◎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。）

今回の変更届に係る者 合計： 人
内訳（変更： 人、脱退： 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。

特別加入者に関する事項の変更	変更年月日	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(地位又は続柄)	変更前	業務又は作業の内容
	生年月日	変更後のフリガナ氏名	変更後	変更後	変更後
	※整理番号		変更後	1 本人 3 役員 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	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	変更前	業務又は作業の内容
	生年月日	変更後のフリガナ氏名	変更後	変更後	変更後
	※整理番号		変更後	1 本人 3 役員 5 家族従事者	

特別加入者の中でなくなった者

異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
年 月 日		年 月 日	
異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
年 月 日		年 月 日	

特別加入者がある場合

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	業務又は作業の具体的内容	業務歴
フリガナ氏名	1 本人 3 役員 5 家族従事者	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)	最初に従事した年月 年 月
年 月 日	時 分 ~ 時 分	従事した期間の合計 年間 ヶ月
異動年月日	業務又は作業の具体的内容	希望する給付基礎日額
フリガナ氏名	1 本人 3 役員 5 家族従事者	円
生年月日	労働者の始業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)	業務歴
年 月 日	時 分 ~ 時 分	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

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） 年 月 日

脱退申請の場合

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記載すること。

*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） 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。

年 月 日

労働局長

〒 電話 ()

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)

- ①労働保険番号
- ②名称（事業所名称）
- ③証明印等（公印・受領印・発行者印等…）