

# 労災保険特別加入見本一覧

いずれか一点ご提出ください

小分類	証明書類の種類	見本ページ
加入証明書	労災保険特別加入加入済確認証	82 ページ
	労災保険 特別加入証	83 ページ
	労災保険加入証明書（特別加入）（一人親方）	84 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書	85 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書（一人親方）	86 ページ
	労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種）	87 ページ
申請書	労働者災害補償保険 特別加入申請書	88 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	89 ページ

発行元（入手元）：労働保険事務組合（社会保険労務士が労働保険事務組合を運営している場合）

## 労災保険特別加入加入済確認証

① ○ ○ ○ ○ 殿

事業所名：○○○○○○○

② 労働保険番号：000000000000-000 整理番号：00000

有効期限：平成 00 年 00 月 00 日 ～ 平成 00 年 00 月 00 日

加入承認年月日：平成 00 年 00 月 00 日

加入团体：○○○○○○○○○○○○○○○○○○  
○○○○○○○○○○○○○○○○○○

公印


担当社会保険労務士氏名：○○ ○○

電話：0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0

①氏名

②労働保険番号

発行元（入手元）：特別加入団体

加 入 証		N O _____
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		

- 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

[illegible]

- ①労働保険番号
- ②整理番号
- ③氏名（事業主名）
- 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

④  
印

- 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…）

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の証明

労働保険番号	①
住所 電話番号	
ふりがな 氏名	②
生年月日	
職種	
給付基礎日額	
加入有効期間	

上記の者が、当労働保険事務組合において、上記の給付基礎日額により  
上記の期間、労働者災害補償保険の一人親方として特別加入していることを  
証明する。

平成 年 月 日

証明者

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
〇〇〇 〇〇 〇〇

TEL 00-0000-0000



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

発行元（入手元）：労働保険事務組合

労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種）

①	1	特別加入者氏名								
	2	事業所名								
	3	事業所所在地								
②	4	労働保険番号								
	5	加	入	期	間	平成	年	月	日	から
						平成	年	月	日	まで

上記の者は労働者災害補償保険に特別加入していることを証明します。

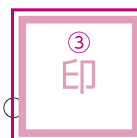
平成 年 月 日

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

労働保険事務組合

〇〇〇〇〇〇〇〇労務センター

会長 ○ ○ ○



- ①事業者名または代表者名  
②労働保険番号  
③証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入申請書

発行元（入手元）：労働保険事務組合

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  
36211

① 申請に係る事業の労働保険番号  
「府 県 所 属 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号」  
①

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 申請に係る事業  
事業主との関係（地位又は統括）  
1 本人  
3 役員  
5 家族従事者  
労働者の始業及び終業の時刻  
時 分 ～ 時 分  
除染作業  
従事する特定業務  
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

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 業 務 の 内 容 特 定 業 務 ・ 給 付 基 礎 日 額  
フリガナ氏 名 事業主との関係（地位又は統括） 業務の具体的内容 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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 年 月 日 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ～ 時 分 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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 事業主との関係（地位又は統括） 業務の具体的内容 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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 年 月 日 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ～ 時 分 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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 事業主との関係（地位又は統括） 業務の具体的内容 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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 年 月 日 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ～ 時 分 除染作業 従事する特定業務 業務歴  
1 粉じん  
3 振動工具  
5 鉛  
7 有機溶剤  
9 該当なし  
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。  
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  
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。  
年 月 日 労働局長 印  
住所 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…）



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  
特別加入脱退申請書（中小事業主等及び一人親方等）

帳票種別

特別加入の承認に係る事業

労働保険番号

事業の名称

※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

元号

年

月

日

1～9月止迄

1～9月止迄

1～9月止迄

事業場の所在地

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。

変更年月日

変更を生じた者のフリガナ氏名

変更前

変更後

業務又は作業の内容

変更前

変更後

※整理番号

変更後のフリガナ氏名

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

変更前

変更後

業務又は作業の内容

変更前

変更後

※整理番号

変更後のフリガナ氏名

1 本人  
3 役員  
5 家族従事者

異動年月日

フリガナ氏名

生年月日

※整理番号

異動年月日

フリガナ氏名

生年月日

※整理番号

特別加入予定者

業務又は作業の具体的な内容

特定業務・給付基礎日額

従事する特定業務

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

特別加入者（新たに特別加入者になった者）

業務又は作業の具体的な内容

特定業務・給付基礎日額

従事する特定業務

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

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て記載すること。

\*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 印

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…）