

労働者災害補償保険 特別加入申請書 (海外派遣者)

帳票種別
3
6
2
3
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 ※第3種特別加入に係る労働保険番号

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月は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

② 団体の名称又は事業主の氏名 (事業主が法人その他の団体であるときはその名称)

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	
	名称 (フリガナ)							
	名称 (漢字)							
	事業場の所在地							
	事業の種類							

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。

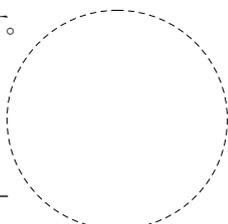
特別加入予定者	派遣先	派遣先の事業において 従事する業務の内容 (業務内容、地位・役職名、 労働者の人数及び就業時間など)	希望する 給付基礎日額
フリガナ 氏名	事業の名称 派遣先国		円
生年月日 年 月 日	事業場の所在地		
フリガナ 氏名	事業の名称 派遣先国		円
生年月日 年 月 日	事業場の所在地		
フリガナ 氏名	事業の名称 派遣先国		円
生年月日 年 月 日	事業場の所在地		
フリガナ 氏名	事業の名称 派遣先国		円
生年月日 年 月 日	事業場の所在地		

⑤ 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 殿



〒 _____ 電話 (_____) _____

団体又は
事業主の住所 _____

団体の名称又は
事業主の氏名 _____

(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)

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 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第33条第6号の規定により特別加入を申請する団体は、団体の目的、組織、運営等を明らかにする書類を添付すること。
- 2 ③の「労働保険番号」の欄には、既に保険関係が成立している派遣元の労働保険番号を記載すること。
- 3 「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄には、従事する業務の内容、地位・役職名について記載すること。
特別加入予定者が、派遣先の事業場において使用される労働者以外の者（例えば派遣先事業の代表者、役員等）である場合には、「派遣先の事業において従事する業務の内容」の欄に当該派遣先の事業の種類、当該事業に係る労働者数並びに労働者の所定の始業及び終業の時刻を併せて記載すること。
- 4 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

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
			() —