

特定作業従事者として特別加入を予定している方は、「法第33条第3号に掲げる者との関係」欄の記載は不要です。

「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10 (表面)

労働者災害補償保険 特別加入申請書 (一人親方等)

帳票種別 36221											
① 申請に係る事業の労働保険番号 <table border="1"> <tr><td>府県</td><td>所轄管轄</td><td>基幹番号</td><td>枝番号</td></tr> <tr><td>05</td><td>10</td><td>10000000</td><td></td></tr> </table>				府県	所轄管轄	基幹番号	枝番号	05	10	10000000	
府県	所轄管轄	基幹番号	枝番号								
05	10	10000000									
② 特別加入団体 名称(フリガナ) コウセイロウドウノウザウクミアイ 名称(漢字) 厚生労働農業組合 代表者の氏名 組合長 霞ヶ関 太郎 事業又は作業の種類 特定農業		③ 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 <table border="1"><tr><td>元号</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table> 1~9月は右へ 1~9月は左へ 1~9月は右へ		元号	年	月	日				
元号	年	月	日								
④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 4 名											
フリガナ 氏名 コウセイ 佐口 厚生一郎 生年月日 昭和41年4月3日		法第33条第3号に掲げる者との関係 1本人 5家族従事者	業務又は作業の内容 水稻栽培作業 (動か耕うん機、コンバイン)								
フリガナ 氏名 ロウドウ ジロウ 労働二郎 生年月日 昭和39年5月5日		法第33条第3号に掲げる者との関係 1本人 5家族従事者	同上								
フリガナ 氏名 コタロウ サイロウ 厚生三郎 生年月日 昭和31年6月5日		法第33条第3号に掲げる者との関係 1本人 5家族従事者	同上								
フリガナ 氏名 ロウイチ ライロウ 労働四郎 生年月日 昭和59年7月8日		法第33条第3号に掲げる者との関係 1本人 5家族従事者	同上								
フリガナ 氏名 フラガナ 氏名		法第33条第3号に掲げる者との関係 1本人 5家族従事者	業務又は作業の具体的な内容								
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) 令和〇〇年 5月 / 日											
⑥ 添付する書類の名称 団体の目的、組織、運営等を明らかにする書類 厚生労働農業組合規約 業務災害の防止に関する措置の内容を記載した書類 厚生労働農業組合災害防止規定											

上記のとおり特別加入の申請をします。

令和〇〇年 4月 3日

秋田 労働局長 殿

名 称 厚生労働農業組合

郵便番号 010-0000 電話番号 018-862-XXXX

主たる事務所の所在地 秋田県秋田市〇〇町△-△-△

代表者の氏名 組合長 霞ヶ関 太郎

※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/kouyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html

QRコードはこちら⇒



すでに特別加入を承認されている人の一部が特別加入者としての要件にあてはまらなくなつた場合には、この欄に記載してください。

特別加入を承認されている人の氏名、作業内容等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	◎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。）			
特別加入の承認に係る事業 府県所掌管轄基幹番号枝番号 労働保険番号 05101000000	※受付年月日 9令和元年月日 1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ			
事業の名称 厚生労働農業組合	事業場の所在地 秋田県秋田市〇〇町△-△-△			
今回の変更届に係る者 合計： / 人 内訳（変更： 0 人、 脱退： 0 人、 加入： 1 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。				
変更届の場合は 特別加入者に 関する事項の 変更 (特別加入者 のうち 一部に 変更がある 場合)	変更年月日 年 月 日 ※整理番号	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 変更前
	変更後年月日 年 月 日	変更後の フリガナ 氏名	1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	変更後
	変更年月日 年 月 日 ※整理番号	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 変更前
	変更後年月日 年 月 日 ※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 ()	変更後
特別加入者 のうち 一部に 変更がある 場合には (▶の所で 折り曲げてください。)	異動年月日 年 月 日 特別加入者で ある者にな った者 の異動 者	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日 ※整理番号	特定期間・給付基礎日額 従事する 特定業務 最初に従事した年月 平成□年△月 従事した期間の合計 24年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 10,000 円
	異動年月日 年 月 日	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日 ※整理番号	
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
特別加入予定者 異動年月日 令和〇〇年 6 月 1 日 フリガナ 氏名 名/カイロハナコ 農業花子			業務又は作業の内容 業務又は作業の具体的な内容 果樹園農作業 (エンドー・動草刈機) 労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ） 時 分 ~ 時 分	除染 作業 1 有 ③無
新たに特別加入者になった者 異動年月日 年 月 日 フリガナ 氏名			業務又は作業の内容 業務又は作業の具体的な内容 労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ） 時 分 ~ 時 分	除染 作業 1 有 3 無
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 6 月 1 日				

脱退申請 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って記載すること。 *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
特別加入脱退を申請します。

令和〇〇年 5 月 12 日

秋田 労働局長 殿

郵便番号 **010-0000** 電話番号 **018-862-XXXX**

住所 **秋田県秋田市〇〇町△-△-△**

事業主の
氏名 **組合長 駒井太郎**
(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)

QRコードはこちら⇒



※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)

新たに特定事業者として特別加入を希望する人がいる場合には、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

秋田 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11日

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
	05	1010	00000000		

事業主又は
特別加入団体の 住所 秋田県秋田市○○町△-△-△

(名称) 厚生労働農業組合

氏名 組合員 露井 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 健康診断が必要な者	特別加入予定 年 月 日	特別加入予定者の作業の内容及び作業に 用いる工具(又は材料、薬品等)の名称	左記の業務に特別加 入前に従事した期間	実施すべき健康診断 の種類 (該当する項を○ で開むこと)
農業 花子	00.6.1	果樹園農作業 (手ソシ-、動力草刈機)	平成 □ 年 4月から ○○年 3月まで 24年 月間	イ. じん肺健康診断 ロ. 振動障害健康診断 ハ. 鉛中毒健康診断 ニ. 有機溶剤中毒健康診断
			年 月から 年 月まで 年 月間	イ. じん肺健康診断 ロ. 振動障害健康診断 ハ. 鉛中毒健康診断 ニ. 有機溶剤中毒健康診断
			年 月から 年 月まで 年 月間	イ. じん肺健康診断 ロ. 振動障害健康診断 ハ. 鉛中毒健康診断 ニ. 有機溶剤中毒健康診断
			年 月から 年 月まで 年 月間	イ. じん肺健康診断 ロ. 振動障害健康診断 ハ. 鉛中毒健康診断 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 年 月 日	認可記号番号 第 号
名 称	
労働保険 の 主たる事務所 事務組合 の 所 在 地	局番
電話	
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せん。最寄りの労働基準監督署にご相談ください。

MEMO