■ 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 3 6 2 1 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。）

※受付年月日	7 平成 元号 年 月 日（1～9年は右へ詰め、1～9月は右へ詰め、1～9日は右へ詰め）

① 申請に係る事業の労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号	

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）

③ 申請に係る事業
- 名称（フリガナ）
- 名称（漢字）
- 事業場の所在地

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（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（　） 5 家族従事者（　）	業務の具体的内容	除染作業 1 有 3 無	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
生年月日 年　月　日		労働者の始業及び終業の時刻 時　分～　時　分			希望する給付基礎日額 円
フリガナ 氏名	事業主との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（　） 5 家族従事者（　）	業務の具体的内容	除染作業 1 有 3 無	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
生年月日 年　月　日		労働者の始業及び終業の時刻 時　分～　時　分			希望する給付基礎日額 円
フリガナ 氏名	事業主との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（　） 5 家族従事者（　）	業務の具体的内容	除染作業 1 有 3 無	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
生年月日 年　月　日		労働者の始業及び終業の時刻 時　分～　時　分			希望する給付基礎日額 円
フリガナ 氏名	事業主との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（　） 5 家族従事者（　）	業務の具体的内容	除染作業 1 有 3 無	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
生年月日 年　月　日		労働者の始業及び終業の時刻 時　分～　時　分			希望する給付基礎日額 円
フリガナ 氏名	事業主との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（　） 5 家族従事者（　）	業務の具体的内容	除染作業 1 有 3 無	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
生年月日 年　月　日		労働者の始業及び終業の時刻 時　分～　時　分			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。

年　月　日

労働保険事務組合の
名称
郵便番号　－　　電話番号　－　－
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14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

事業主の
郵便番号　－　　電話番号　－　－
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）

■

折り曲げる場合には（▶）の所で折り曲げてください。

■ 様式第三十四号の七及び様式第三十四号の八を次のように改める。