■ 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 3 6 2 2 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 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	

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

② 特別加入団体

名称（フリガナ）	
名称（漢字）	
代表者の氏名	
事業又は作業の種類	※特定業種区分

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	業務又は作業の内容	特定業務・給付基礎日額
フリガナ 氏名 生年月日　年　月　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 希望する給付基礎日額　円
フリガナ 氏名 生年月日　年　月　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 希望する給付基礎日額　円
フリガナ 氏名 生年月日　年　月　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 希望する給付基礎日額　円
フリガナ 氏名 生年月日　年　月　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 希望する給付基礎日額　円
フリガナ 氏名 生年月日　年　月　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 希望する給付基礎日額　円

④ 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	
	業務災害の防止に関する措置の内容を記載した書類	

⑤ 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

名　称

郵便番号　－　　電話番号　－　－

団体の　主たる事務所の所在地

代表者の氏名　　印

■

折り曲げる場合には（▶）の所で折り曲げてください。

■ 様式第三十四号の十から様式第三十四号の十二までを次のように改める。