様式第34号の12（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（海外派遣者）

帳票種別 3 6 2 4 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。）

特別加入の承認に係る事業

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）

事業の名称

事業場の所在地

変更届の場合（特別加入者のうち一部に変更がある場合）

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。

特別加入者に関する事項の変更

変更年月日 / 生年月日 / ※整理番号	変更を生じた者の フリガナ 氏名 / 変更後の フリガナ 氏名	派遣先の事業の名称及び事業場の所在地	派遣先の事業において従事する業務の内容
年　月　日		変更前	変更前
		変更後	変更後
年　月　日		変更前	変更前
		変更後	変更後

特別加入者の異動（なくなった者（特別加入者で））

異動年月日	フリガナ 氏名	生年月日	※整理番号
年　月　日		年　月　日	
年　月　日		年　月　日	

特別加入者の異動（新たに特別加入者になった者）

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
異動年月日 / フリガナ 氏名 / 生年月日	事業の名称	派遣先国		円
	事業場の所在地			
異動年月日 / フリガナ 氏名 / 生年月日	事業の名称	派遣先国		円
	事業場の所在地			
異動年月日 / フリガナ 氏名 / 生年月日	事業の名称	派遣先国		円
	事業場の所在地			

変更決定を希望する日（変更届提出の翌日から起算して14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14日以内）
	年　月　日

折り曲げる場合には（▶）の所で折り曲げてください。

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　殿

郵便番号　－　　電話番号　－　－

団体又は事業主の住所

団体の名称又は事業主の氏名　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）