

労 災 保 険

特別加入制度のしおり

〈 中 小 事 業 主 用 〉



(ご 注 意)

- ・労働者は、労災保険で保護されます。
- ・特別加入の対象は「労働者以外の人」です。(任意加入)

厚 生 労 働 省
都 道 府 県 労 働 局
労 働 基 準 監 督 署



はじめに

労災保険は、本来、労働者の業務または通勤による災害に対して保険給付を行う制度ですが、労働者以外でも、その業務の実情、災害の発生状況などからみて、特に労働者に準じて保護することが適当であると認められる一定の人には特別に任意加入を認めています。これが、特別加入制度です。

このパンフレットは、中小事業主等の特別加入について、その加入者の範囲、加入手続、加入時健康診断、業務災害・通勤災害の認定基準（保険給付の対象となる災害の範囲）などに関して、特に注意していただきたい事項を説明しています。

特別加入を希望する方はもちろん、すでに加わっている方もご一読いただき、特別加入制度についてご理解いただきますようお願いいたします。

も く じ

ページ

1	特別加入者の範囲	3
2	特別加入の手続き	4
3	加入時健康診断	6
4	給付基礎日額・保険料	8
5	補償の対象となる範囲	9
6	保険給付・特別支給金の種類	10
7	支給制限	12
8	特別加入者としての地位の消滅	12
	<様式記載例>	13

1 特別加入者の範囲

中小事業主等とは

中小事業主等とは、以下の①、②に当たる場合をいいます。

- ① 表1に定める数の労働者を常時使用する事業主（事業主が法人その他の団体であるときは、その代表者）
- ② 労働者以外で①の事業主の事業に従事する人（事業主の家族従事者や、中小事業主が法人その他の団体である場合の代表者以外の役員など）

労働者を通年雇用しない場合であっても、1年間に100日以上労働者を使用している場合には、常時労働者を使用しているものとして取り扱われます。

表1 中小事業主等と認められる企業規模

業 種	労働者数
金 融 業 保 険 業 不 動 産 業 小 売 業	50人以下
卸 売 業 サ ー ビ ス 業	100人以下
上記以外の業種	300人以下

※1つの企業に工場や支店などがいくつあるときは、それぞれに使用される労働者の数を合計したものになります。

2 特別加入の手続き

(1) 初めて特別加入を申請する場合

<加入の一般的要件>

中小事業主等が特別加入するためには、

- ① 雇用する労働者について保険関係が成立していること
- ② 労働保険の事務処理を労働保険事務組合に委託していること

の2つの要件を満たし、所轄の都道府県労働局長（以下「労働局長」といいます。）の承認を受ける必要があります。

<加入の手続き>

提出するもの： 特別加入申請書（中小事業主等）

提出先： 所轄の労働基準監督署長（以下「監督署長」といいます。）を経由して労働局長

特別加入申請書（以下「申請書」といいます。）には、特別加入を希望する人の業務の具体的な内容、業務歴および希望する給付基礎日額などを記入する必要があります。労働保険事務組合を通じて提出してください。

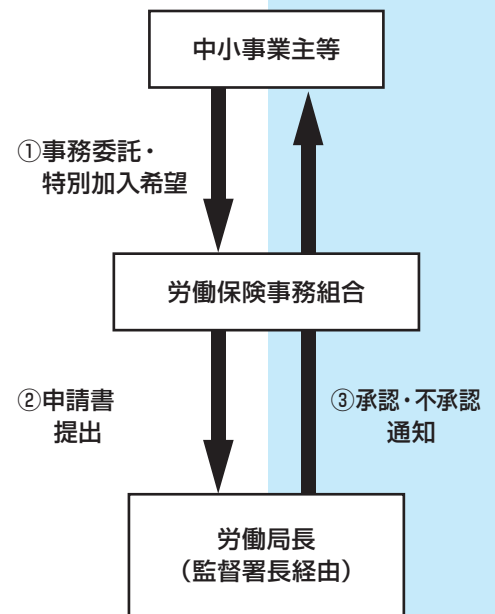
<加入の方法>

原則として、それぞれの事業ごとに加入する必要があります。

<加入の範囲>

原則：事業主本人のほか家族従事者など労働者以外で業務に従事している人全員を包括して特別加入の申請を行う必要があります。

例外：病気療養中、高齢その他の事情により実態として事業に従事していない事業主は包括加入の対象から除くことができます。



※申請書の記入については、13ページの記入例を参考にしてください。

※給付基礎日額については、8ページを参照してください。

※お近くの労働保険事務組合については、労働基準監督署にお問い合わせください。

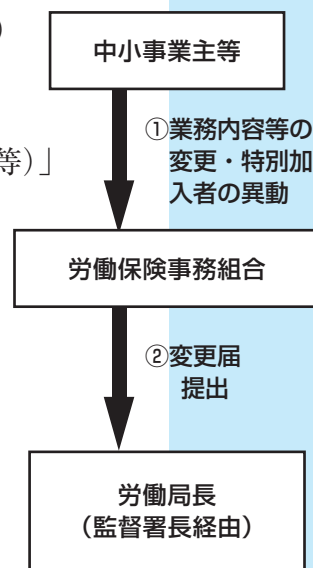
特別加入の申請に対する労働局長の承認は、申請の日の翌日から30日以内で申請者が加入を希望する日となります。

(2) すでに特別加入を承認されている事業の場合

提出するもの： 特別加入に関する変更届（中小事業主等及び一人親方等）
提出先： 監督署長を経由して労働局長

以下の場合には「特別加入に関する変更届（中小事業主等及び一人親方等）」（以下「変更届」といいます。）を労働保険事務組合を通じて提出する必要があります。

- ① 特別加入を承認されている人の氏名、業務内容などに変更があった場合
- ② 新たに事業主となった人がいる場合
- ③ 新たに事業に従事することになった人がいる場合（労働者を除く）
- ④ 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った場合



変更届の記入については、14ページの記入例を参考にしてください。

②③の場合は、「特別加入者の異動（新たに特別加入者になった者）」欄に必要な事項を記入します。

④の場合には、「特別加入者の異動（特別加入者でなくなった者）」欄に必要な事項を記入します。

（ご注意）

- 1 業務災害または通勤災害が発生した後に変更届を提出されても、すでに発生した災害の給付には反映されません。
- 2 1年間に労働者を使用する日数が100日未満の場合は、中小事業主等としての特別加入はできません。

なお、この場合であっても、一人親方等及び特定作業従事者の加入要件を満たす場合には、一人親方等及び特定作業従事者として加入することができます。

◎除染作業を行う場合◎

中小事業主等として特別加入している方が、東日本大震災の復旧・復興のため、新たに除染の業務に就く場合には業務の内容に変更があった旨の届出が必要です。

なお、除染作業を行う中小事業主等の方は、迅速・適正な労災補償を行うため、労働者と同様の被ばく線量管理をお願いします。



3 加入時健康診断

(1) 加入時健康診断が必要な場合

表2に記載されている業務に、それぞれ定められた期間従事したことがある場合には、特別加入の申請を行う際に健康診断を受ける必要があります。

表2 加入時健康診断が必要な業務の種類

特別加入予定者の業務の種類	特別加入前に左記の業務に従事した期間(通算期間)	必要な健康診断
粉じん作業を行う業務	3年以上	じん肺健康診断
振動工具使用の業務	1年以上	振動障害健康診断
鉛業務	6か月以上	鉛中毒健康診断
有機溶剤業務	6か月以上	有機溶剤中毒健康診断

(2) 手続方法

<手続きの流れ>

- ① 「特別加入時健康診断申出書」(以下「申出書」といいます。)を労働保険事務組合を通じて監督署長に提出。

※申出書の記入については、15ページの記入例を参考にしてください。

- ② 申出書の業務歴から判断して加入時健康診断が必要であると認められる場合、監督署長は「特別加入健康診断指示書」(以下「指示書」といいます。)および「特別加入時健康診断実施依頼書」(以下「依頼書」といいます。)を交付。

- ③ 指示書に記載された期間内に、あらかじめ労働局長が委託している診断実施機関の中から選んで加入時健康診断を受診。依頼書は診断実施機関に提出。

※お近くの診断実施機関については都道府県労働局または労働基準監督署にお問い合わせください。

※加入時健康診断の費用は国が負担しますが、交通費は自己負担となります。

- ④ 診断実施機関が作成した「健康診断証明書（特別加入用）」を申請書または変更届に添付し、監督署長に提出。

※じん肺健康診断を受けた場合には、じん肺の所見がないと認められた場合を除き、健康診断証明書にエックス線写真を添付する必要があります。

（ご注意）

健康診断証明書を提出しなかったり、業務の内容や業務歴などについて虚偽の申告をした場合には、特別加入の申請が承認されない、または、保険給付が受けられないことがあります。

（3）特別加入が制限される場合

加入時健康診断の結果が次のような場合には、特別加入が制限されます。

ア 特別加入予定者がすでに疾病にかかっている、その症状または障害の程度が一般的に就労することが難しく、療養に専念しなければならないと認められる場合には、従事する業務の内容にかかわらず特別加入は認められません。

イ 特別加入予定者がすでに疾病にかかっている、その症状または障害の程度が特定の業務からの転換を必要とすると認められる場合には、特定業務以外の業務についてのみ特別加入が認められることとなります。

（4）保険給付を受けられない場合

特別加入前に疾病が発症、または加入前の原因により発症したと認められる場合には、特別加入者としての保険給付を受けられないことがあります。

特別加入者に関する業務上の災害として保険給付の対象となる疾病は、特別加入者としての業務を遂行する過程において、その業務に起因して発症したことが明らかな疾病に限定されます。特別加入前に発症した疾病や特別加入前の事由により発症した疾病に関しては、保険給付の対象となりません。

したがって、加入時健康診断の結果、疾病の症状または障害の程度が、特別加入についての制限を行う必要のない程度であった場合であっても、加入時点における疾病の程度および加入後における有害因子へのばく露濃度、ばく露期間などからみて、加入前の業務に主たる要因があると認められる疾病については、保険給付は行われません。

4 給付基礎日額・保険料

(1) 給付基礎日額

給付基礎日額とは、保険料や、休業（補償）給付などの給付額を算定する基礎となるもので、申請に基づいて、労働局長が決定します。給付基礎日額が低い場合は、保険料が安くなりますが、その分、休業（補償）給付などの給付額も少なくなりますので、十分ご留意の上、適正な額を申請してください。

給付基礎日額を変更したい場合は、事前（3月2日～3月31日）に「給付基礎日額変更申請書」を監督署長を経由して労働局長あて提出することによって翌年度より変更することができます。

また、労働保険の年度更新期間中にも「保険料申告書内訳」または「給付基礎日額変更申請書」により当年度に適用される給付基礎日額の変更が可能です。

ただし、給付基礎日額の変更は、災害発生前に申請することが前提になります。給付基礎日額の変更申請前に災害が発生している場合は、当年度の給付基礎日額変更は認められませんので、給付基礎日額の変更を検討されている方は、事前の手続きをお勧めします。

(2) 保険料

年間保険料は、保険料算定基礎額（給付基礎日額×365）にそれぞれの事業に定められた保険料率を乗じたものになります。

なお、年度途中で、新たに特別加入者となった場合や特別加入者でなくなった場合には、その年度内の特別加入月数（1か月未満の端数があるときは、これを1か月とします）に応じた保険料算定基礎額により保険料を算出します。

表3 給付基礎日額・保険料一覧表

給付基礎日額 A	保険料算定基礎額 B=A×365日	年間保険料
		年間保険料=保険料算定基礎額 ^(注) ×保険料率 (例) 建設事業（既設建築物設備工事業）の場合 保険料率 12/1000
25,000円	9,125,000円	109,500円
24,000円	8,760,000円	105,120円
22,000円	8,030,000円	96,360円
20,000円	7,300,000円	87,600円
18,000円	6,570,000円	78,840円
16,000円	5,840,000円	70,080円
14,000円	5,110,000円	61,320円
12,000円	4,380,000円	52,560円
10,000円	3,650,000円	43,800円
9,000円	3,285,000円	39,420円
8,000円	2,920,000円	35,040円
7,000円	2,555,000円	30,660円
6,000円	2,190,000円	26,280円
5,000円	1,825,000円	21,900円
4,000円	1,460,000円	17,520円
3,500円	1,277,500円	15,324円

(注) 特別加入者全員の保険料算定基礎額を合計した額に千円未満の端数が生じるときは端数切り捨てとなります。

5 補償の対象となる範囲

業務災害または通勤災害を被った場合のうち、一定要件を満たすときに労災保険から給付が行われます。

(ご注意)

同一の中小事業主が2つ以上の事業の事業主となっている場合、1つの事業の中小事業主として特別加入の承認を受けていても、他の事業の業務により被災した場合は、保険給付を受けることができません。

(1) 業務災害

就業中の災害であって、次の①～⑦のいずれかに該当する場合に保険給付が行われま
す。

- ① 申請書の「業務の内容」欄に記載された労働者の所定労働時間(休憩時間を含む)内に特別加入申請した事業のためにする行為およびこれに直接附帯する行為を行う場合(事業主の立場で行われる業務を除く)
- ② 労働者の時間外労働または休日労働に応じて就業する場合
- ③ ①または②に前後して行われる業務(準備・後始末行為を含む)を中小事業主等のみで行う場合
- ④ ①、②、③の就業時間内における事業場施設の利用中および事業場施設内で行動中の場合
- ⑤ 事業の運営に直接必要な業務(事業主の立場で行われる業務を除く)のために出張する場合
※船員である中小事業主等が船員法の適用のある船舶に乗り組んでいる場合は、積極的な私的行為を除き業務遂行性が認められます。
- ⑥ 通勤途上で次の場合
ア 労働者の通勤用に事業主が提供する交通機関の利用中
イ 突発事故(台風、火災など)による予定外の緊急の出勤途上
- ⑦ 事業の運営に直接必要な運動競技会その他の行事について労働者(業務遂行性が認められる者)を伴って出席する場合

(2) 通勤災害

通勤災害については、一般の労働者の場合と同様に取り扱われます。

〔労災保険法上の通勤とは〕

「通勤災害」とは、通勤により被った負傷、疾病、障害または死亡をいいます。

この場合の「通勤」とは、就業に関し、①住居と就業の場所との間の往復 ②就業の場所から他の就業の場所への移動 ③赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路および方法により行うことをいい、業務の性質を有するものを除くものとしています。これらの移動の経路を逸脱・中断した場合は、その逸脱・中断の間およびその後の移動は通勤となりません。ただし、その逸脱・中断が、日常生活上必要な行為であって日用品の購入などをやむを得ない事由により最小限度の範囲で行う場合は、合理的な経路に戻った後の移動は「通勤」となります。

6 保険給付・特別支給金の種類

特別加入者が業務災害または通勤災害により被災した場合には、所定の保険給付が行われるとともに、これと併せて特別支給金が支給されます。

特別加入者に対する保険給付および特別支給金の種類は、表4のとおりです。

表4 保険給付・特別支給金一覧表

保険給付の種類 (注1)	支給事由	給付内容	特別支給金	具体的な例 (給付基礎日額1万円の場合)
療養補償給付 療養給付	業務災害または通勤災害による傷病について、病院等で治療する場合	労災病院または労災指定病院等において必要な治療が無料で受けられます。また、労災病院または労災指定病院等以外の病院において治療を受けた場合には、治療に要した費用が支給されます。 (注2)	特別支給金はありません。	(給付基礎日額とは関係なく)必要な治療が無料で受けられます。
休業補償給付 休業給付	業務災害または通勤災害による傷病の療養のため労働することができない日が4日以上となった場合 (注3)	休業4日目以降、休業1日につき給付基礎日額の60%相当額が支給されます。	休業特別支給金 休業4日目以降、休業1日につき給付基礎日額の20%相当額を支給。	(20日間休業した場合) ①休業(補償)給付 1万円×60%×(20日-3日) =10万2千円 ②休業(補償)特別支給金 1万円×20%×(20日-3日) =3万4千円
障害補償給付 障害給付	〔障害(補償)年金〕 業務災害または通勤災害による傷病が治った後に障害等級第1級から第7級までに該当する障害が残った場合 〔障害(補償)一時金〕 業務災害または通勤災害による傷病が治った後に障害等級第8級から第14級までに該当する障害が残った場合	〔障害(補償)年金の場合〕 第1級は給付基礎日額の313日分～第7級は給付基礎日額の131日分が支給されます。 〔障害(補償)一時金の場合〕 第8級は給付基礎日額の503日分～第14級は給付基礎日額の56日分が支給されます。	障害特別支給金 第1級342万円～第14級8万円を一時金として支給。	(第1級の場合) ①障害(補償)年金 1万円×313日=313万円 ②障害特別支給金(一時金) 342万円
傷病補償年金 傷病年金	業務災害または通勤災害による傷病が療養開始後1年6か月を経過した日または同日後において ①傷病が治っていないこと ②傷病による障害の程度が傷病等級に該当すること のいずれにも該当する場合	第1級は給付基礎日額の313日分、第2級は給付基礎日額の277日分、第3級は給付基礎日額の245日分が支給されます。	傷病特別支給金 第1級は114万円 第2級は107万円 第3級は100万円を一時金として支給。	(第1級の場合) ①傷病(補償)年金 1万円×313日=313万円 ②傷病特別支給金(一時金) 114万円

保険給付の種類	支給事由	給付内容	特別支給金	具体的な例 (給付基礎日額1万円の場合)
遺族補償給付 遺族給付	〔遺族(補償)年金〕 業務災害または通勤災害により死亡した場合(年金額は遺族の人数に応じて異なります) 〔遺族(補償)一時金〕 ①遺族(補償)年金の受給資格をもつ遺族がいない場合 ②遺族(補償)年金を受けている方が失権し、かつ、他に遺族(補償)年金の受給資格をもつ方がいない場合で、すでに支給された年金の合計額が給付基礎日額の1000日分に満たない場合	〔遺族(補償)年金の場合〕 遺族の人数によって支給される額が異なります。 (遺族1人の場合) 給付基礎日額の153日分または175日分(注4) (遺族2人の場合) 給付基礎日額の201日分 (遺族3人の場合) 給付基礎日額の223日分 (遺族4人以上の場合) 給付基礎日額の245日分 〔遺族(補償)一時金の場合〕 左欄の①の場合 給付基礎日額の1000日分 左欄の②の場合 給付基礎日額の1000日分からすでに支給した年金の合計額を差し引いた額	遺族特別支給金 遺族の人数にかかわらず300万円を一時金として支給	〔遺族(補償)年金で遺族が4人の場合〕 ①遺族(補償)年金 1万円×245日=245万円 ②遺族特別支給金(一時金) 300万円 〔遺族(補償)一時金支給事由①で遺族が4人の場合〕 ①遺族(補償)一時金 1万円×1000日=1000万円 ②遺族特別支給金(一時金) 300万円
葬祭料 葬祭給付	業務災害または通勤災害により死亡した方の葬祭を行う場合	31万5千円に給付基礎日額の30日分を加えた額または給付基礎日額の60日分のいずれか高い方が支給されます。	特別支給金はありません。	①31万5千円+(1万円×30日) =61万5千円 ②1万円×60日=60万円 よって、高い額の①が支払われます。
介護補償給付 介護給付	業務災害または通勤災害により、障害(補償)年金または傷病(補償)年金を受給している方のうち、一定の障害を有する方で現に介護を受けている場合	介護の費用として支出した額(上限額があります)が支給されます。親族等の介護を受けている方で、介護の費用を支出していない場合または支出した額が最低保障額を下回る場合は一律にその最低保障額が支給されます。 上限額および最低保障額は、常時介護と随時介護の場合で異なります。	特別支給金はありません。	〔常時介護を要する者〕 最高限度額 105,130円 [105,290円] 最低保障額 57,110円 [57,190円] 〔随時介護を要する者〕 最高限度額 52,570円 [52,650円] 最低保障額 28,560円 [28,600円] (注5)

(注1) 「保険給付の種類」欄の上段は業務災害、下段は通勤災害に対して支給される保険給付の名称です。

(注2) 原則、給付の範囲は健康保険に準拠しています。

(注3) 休業(補償)給付については、特別加入者の場合、所得喪失の有無にかかわらず、療養のため補償の対象とされている範囲(業務遂行性が認められる範囲)の業務または作業について全部労働不能であることが必要となっています。全部労働不能とは、入院中または自宅就床加療中もしくは通院加療中であって、補償の対象とされている範囲(業務遂行性が認められる範囲)の業務または作業ができない状態をいいます。

(注4) 遺族(補償)年金の受給資格者である遺族が1人であり、55歳以上または一定の障害状態にある妻の場合には、給付基礎日額の175日分が支給されます。

(注5) 表中の金額は、平成30年3月1日現在のものです。[]の額は平成30年4月1日改正予定額です。

※船員保険の適用を受ける船員の方が、労災保険給付を受けたときには、船員保険の上乗せ給付がある保険給付について、全国健康保険協会に対し、上乗せ給付の請求を行うことができます。

7 支給制限

特別加入者が業務災害または通勤災害を被った場合には保険給付が行われますが、その災害が特別加入者の故意または重大な過失によって発生した場合や保険料の滞納期間中に生じた場合には、支給制限（全部または一部）が行われることがあります。

8 特別加入者としての地位の消滅

(1) 中小事業主が脱退することにより消滅する場合

中小事業主は、労働局長の承認を受けて脱退することができますが、この脱退の申請は、中小事業主とその事業に従事する労働者以外の加入者全員を包括して行わなければなりません。この場合には、労働保険事務組合を通じて監督署長を経由して労働局長に「特別加入脱退申請書（中小事業主等及び一人親方等）」を提出し、承認を受けることが必要です。

特別加入の脱退申請に対する労働局長の承認は、脱退申請の日から30日以内で申請者が脱退を希望する日となります。

(2) 自動的に消滅する場合

ア 中小事業主等の特別加入は、その使用する労働者について成立している保険関係を前提として認められるものですから、この保険関係が消滅したときは、その消滅の日に特別加入者としての地位も消滅します。

イ 中小事業主が事業を廃止または終了した場合には、その廃止または終了の日の翌日に特別加入者としての地位が消滅します。

ウ 労働保険事務組合に労働保険の事務処理を委託している中小事業主が委託を解除した場合は、その解除の日に特別加入者としての地位が消滅します。

(3) 特別加入の承認取消により消滅する場合

中小事業主が関係法令の規定に違反した場合には、特別加入の承認が取り消される場合があります。

「業務の具体的内容」欄は、災害が発生したとき、労災保険給付の対象となるかを判断する上で重要な項目ですので、特別加入者として行う業務の具体的内容を、明確に記載してください。

「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 **36211**

① 申請に係る事業の労働保険番号
 府 県 所 管 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号
1 4 1 0 1 9 0 0 0 0 5 0 0 5

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)
厚生労働塗装有限公司

③ 申請に係る事業
 名称 (フリガナ) **コウセイロウノウトソウ エウゲンカイシャ**
 名称 (漢字) **厚生労働塗装有限公司**
 事業場の所在地 **神奈川県横浜市中区XX通X-0**

④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 **3** 名

特別加入予定者	事業主との関係 (地位又は続柄)	業務の具体的内容	除染作業	従事する特定業務	特定業務・給付基礎日額	
					業務歴	業務歴
フリガナ氏名 コウセイ タロウ 厚生太郎 生年月日 昭和41年8月20日	①本人 ③役員 5 家族従事者	業務の具体的内容 一般建築物の塗装 (トルエン・キシレン・エチルベンゼン) 労働者の始業及び終業の時刻 9時00分~17時30分	1 有 ②無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 ⑦有機溶剤 9 該当なし	最初に従事した年月 昭和40年10月 従事した期間の合計 30年間6ヶ月 希望する給付基礎日額 14,000 円	最初に従事した年月 昭和40年10月 従事した期間の合計 30年間6ヶ月 希望する給付基礎日額 14,000 円
フリガナ氏名 コウセイ シロウ 厚生次郎 生年月日 昭和42年4月5日	③役員 (取締役) 5 家族従事者	業務の具体的内容 同上 労働者の始業及び終業の時刻 9時00分~17時30分	1 有 ③無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 ⑦有機溶剤 9 該当なし	最初に従事した年月 平成□年4月 従事した期間の合計 20年間ヶ月 希望する給付基礎日額 18,000 円	最初に従事した年月 平成□年4月 従事した期間の合計 20年間ヶ月 希望する給付基礎日額 18,000 円
フリガナ氏名 コウセイ サダロウ 厚生三郎 生年月日 昭和42年10月10日	④役員 (取締役) 5 家族従事者	業務の具体的内容 同上 労働者の始業及び終業の時刻 9時00分~17時30分	1 有 ③無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 ⑦有機溶剤 9 該当なし	最初に従事した年月 平成□年8月 従事した期間の合計 20年間8ヶ月 希望する給付基礎日額 14,000 円	最初に従事した年月 平成□年8月 従事した期間の合計 20年間8ヶ月 希望する給付基礎日額 14,000 円

⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 **平成〇〇年4月3日**

⑥ 労働保険事務組合の証明
 名称 **労働保険事務組合 〇〇商工会**
 郵便番号 **231-0000** 電話番号 **045-0000-XXXX**
 主たる事務所の所在地 **神奈川県横浜市中区〇〇町△-△**
 代表者の氏名 **労災一郎**

⑦ 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) **平成〇〇年5月1日**

◎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 年月日
 1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ

特定業務のいずれかに該当する場合には、「業務歴」欄にその該当する特定業務に最初に従事した年月を上段に、特定業務に従事した期間の合計を下段に記載してください。

「特別加入予定者」欄は、中小事業主とともに包括して加入しなければならない役員や家族従事者を全員記載してください。

上記のとおり特別加入の申請をします。
 平成〇〇年4月21日
 神奈川県 労働局長 殿

郵便番号 **231-0000** 電話番号 **045-211-0X0X**
 住所 **神奈川県横浜市中区XX通X-0**
 事業主の氏名 **厚生労働塗装有限公司 代表取締役 厚生太郎**
 (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)

※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。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rousaihoken06/index.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った場合には、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、業務内容など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。 ※印の欄は記載しなくても構いません。(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 14101900005005	※受付年月日 7 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 1~9月は左へ 1~9月は左へ 1~9日は左へ
事業の名称 厚生労働塗装有限公司	事業場の所在地 神奈川県横浜市中区 XX 通 X-0

今回の変更届に係る者 合計: 1 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(特別加入者に関する事項の変更)	変更年月日 年 月 日	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)
	生年月日 年 月 日	変更後のフリガナ氏名	変更前
	※整理番号		変更後
	変更年月日 年 月 日	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)
生年月日 年 月 日	変更後のフリガナ氏名	変更前	業務又は作業の内容
※整理番号		変更後	変更後
特別加入者でない者になった者	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日
特別加入者の異動	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日
特別加入予定者	異動年月日 平成〇〇年 7 月 3 日	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	業務又は作業の具体的内容
特別加入者でない者になった者	異動年月日 昭和53年 5 月 5 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日
特別加入者になった者	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日
特別加入者になった者	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日

折り曲げる場合には(▲)の所で折り曲げてください。

脱退の場合	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30日以内) 年 月 日
-------	--	------------------------------------

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。

郵便番号 **231-0000** 電話番号 **045-211-0X0X**

平成〇〇年 6 月 7 日

神奈川県 労働局長 殿

住所 **神奈川県横浜市中区 XX 通 X-0**
 事業主の氏名 **厚生労働塗装有限公司 厚生太郎**
 (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)



※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。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rousaihoken06/index.html

QRコードはこちら⇒



新たに事業に従事することになった人がいる場合(労働者を除く)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

横浜南 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。

平成〇〇年 4 月 12 日

労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号
	14	10	19	0000	5005	005

事業主又は
特別加入団体の

住 所 神奈川県横浜市中区XX通X-0

(名称) 厚生労働塗装有限公司
代表取締役 氏名 厚生太郎
の事業主印
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○で囲むこと)
厚生太郎	00.5.1	一般建築物の塗装 トルエン・キシレン・エチルベンゼン	昭和●●年10月から 平成〇〇年4月まで 30年6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
厚生次郎	00.5.1	同上	平成□年4月から 〇〇年4月まで 20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
厚生三郎	00.5.1	同上	平成■年8月から 〇〇年4月まで 19年8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。

平成〇〇年 4 月 5 日 認可記号番号 第〇〇-123号

名 称 労働保険事務組合 〇〇商工会
主たる事務所 神奈川県横浜市中区〇〇町△△ 〇〇〇〇 局
の所在地 電話 XX XX 番

代表者の氏名 労災 一郎 代表者の印

※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。

詳細は、最寄りの労働基準監督署へお問い合わせください。