

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。

平成 26 年 5 月 14 日

労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号
	05	10	10	00	0000	00

事業主又は
特別加入団体の

住 所 秋田県秋田市〇〇町△-△-△

(名称) 厚生労働農業組合

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、

氏 名 組合長 霞城関 太郎

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)
農業 花子	26.6.1	果樹園農作業 (チェーンソー・動力草刈機)	平成 5 年 4 月から 26 年 3 月まで 21 年 月間	イ.じん肺健康診断 ⓐ.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。

平成 年 月 日 認可記号番号 第 号

名 称 _____

労働保険事務組合の主たる事務所の所在地 _____ 電話 _____ 局番 _____

代表者の氏名 _____ 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。