

帰国等により、派遣先の事業に従事しなくなり特別加入者の資格を失った人がいる場合には、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、派遣先の事業の名称や所在地、派遣する国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12 (表面)

労働者災害補償保険 (特別加入に関する変更届) (海外派遣者)
特別加入脱退申請書

帳票種別 36243	◎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 府 県 所 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 1 3 1 0 1 0 0 0 0 0 3 0 1	※受付年月日 7 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1-9日迄 1-9日迄 1-9日迄
事業の名称 厚生労働商事株式会社	事業場の所在地 東京都千代田区霞が関△-△-△

今回の変更届に係る者 合計: / 人 内訳 (変更: 0 人、脱退: 0 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。				
変更届の場合 (特別加入者の変更)	変更年月日 年 月 日	変更を生じた者のフリガナ氏名	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	
	生年月日 年 月 日	変更後のフリガナ氏名	変更前	変更後	
	※整理番号				
	変更年月日 年 月 日	変更を生じた者のフリガナ氏名	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	
特別加入者の変更	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日	※整理番号	
特別加入者の変更	異動年月日 年 月 日	フリガナ氏名	生年月日 年 月 日	※整理番号	
特別加入者の変更 (新たに特別加入者になった者)	異動年月日 平成26年6月1日	事業の名称 アメリカ厚生労働商事会社	派遣先国 アメリカ	派遣先の事業において従事する業務の内容 (業務内容、職位・役職名、労働者の人数及び就業時間など)	希望する総付基礎日額
	フリガナ氏名 若働 花子	事業場の所在地 7th Down Street New York, U.S.A		出納業務に関する事務 出納係員	14,000 円
	生年月日 昭和59年2月3日				
	異動年月日 年 月 日	事業の名称	派遣先国		
フリガナ氏名	事業場の所在地				
生年月日 年 月 日					
異動年月日 年 月 日	事業の名称	派遣先国			
フリガナ氏名	事業場の所在地				
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。

脱退申請	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
------	---	-------------------------------------

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。

平成26年 5 月 22 日
東京 労働局長 殿

郵便番号 100-0000 電話番号 03-5253-XXXX

団体又は事業主の住所 東京都千代田区霞が関△-△-△

団体の名称又は事業主の氏名 厚生労働商事株式会社 代表取締役 霞が関太郎 (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)

代表者印

※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す。
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/>)

新たに海外派遣者となった人を追加して特別加入させる場合には、この欄に記載してください。