「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 特別加入脱退申請書（中小事業主等及び一人親方等）

帳票種別 3 6 2 4 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。）

※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）

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 3 | 1 0 | 1 0 | 0 0 0 0 0 0 | |

事業の名称：霞が関建設業協同組合

事業場の所在地：東京都文京区00町△-△

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（特別加入者のうち一部に変更がある場合）

| 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） 変更前 | 業務又は作業の内容 変更前 |
| 生年月日　年 月 日 | 変更後の フリガナ 氏名 | 変更後 1 本人 3 役員（ ） 5 家族従事者（ ） | 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 | 中小事業主又は一人親方との関係（地位又は続柄） 変更前 | 業務又は作業の内容 変更前 |
| 生年月日　年 月 日 | 変更後の フリガナ 氏名 | 変更後 1 本人 3 役員（ ） 5 家族従事者（ ） | 変更後 |
| ※整理番号 | | | |

| 特別加入者でなくなった者の異動 | | | |
|---|---|---|---|
| 異動年月日　年 月 日 | フリガナ 氏名 | 生年月日　年 月 日 | ※整理番号 |
| 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 |

| 特別加入者の異動（新たに特別加入者になった者） | 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 |
|---|---|---|---|
| 異動年月日 平成26年 6 月 1 日 | 中小事業主又は一人親方との関係（地位又は続柄） ①本人 3 役員（ ） 5 家族従事者（ ） | 業務又は作業の具体的内容：左官工事業 | 除染作業 1 有 ③無 |
| フリガナ 氏名 トウキョウ ハナコ 東京 花子 | | 労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ） 時 分～ 時 分 | 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 |
| 生年月日 昭和62年 8 月 3 日 | | | 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 10,000 円 |
| 異動年月日 年 月 日 | 中小事業主又は一人親方との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員（ ） 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 |
| フリガナ 氏名 | | 労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ） 時 分～ 時 分 | 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 |
| 生年月日 年 月 日 | | | 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 |

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）　平成26 年 6 月 1 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。

平成26年 5 月22日

東京 労働局長 殿

郵便番号 112-0000　電話番号 03-0000-XXXX

事業主の 住所 東京都文京区00町△-△

氏名 組合長 霞が関 一郎 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）

■

※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/）

新たに一人親方等として特別加入を希望する人がいる場合には、この欄に記載してください。