

労働者災害補償保険
特別加入時健康診断申出書

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。

年 月 日

労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号

事業主又は
特別加入団体の 住 所

(名称)

氏 名 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 (該当する項を選択すること)
	年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間	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 日		年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間	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 日		年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間	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 日		年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日間	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。

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 - -

代表者氏名 印