

保 存 版

労 働 保 険 関 係
様 式 集

< 2023年4月 改訂版 >

愛知県勤労者安全衛生研究センター
連 合 愛 知 労 災 保 険 組 合
(連 合 愛 知 安 全 衛 生 セ ン タ ー)



事務組合連絡票 ① <各種変更・労災特別加入>

枝番号		組合名		担当者	
住所	〒			連絡先	

1. 代表者・組合名称・住所の変更 (変更箇所に✓を入れてください)

【添付書類】変更が確認できる書類 (大会議案・大会ニュース・変更挨拶はがきなど)

<input type="checkbox"/>	フリガナ		役職名	変更年月日	令和 年 月 日
	<新>代表者氏名				
<input type="checkbox"/>	フリガナ			変更年月日	令和 年 月 日
	<新> 組合名				
<input type="checkbox"/>	フリガナ			変更年月日	令和 年 月 日
	<新> 住所等	〒			

☎ FAX

2. 労災保険特別加入 (複数の場合は別紙②③を添付してください)

【添付書類】変更が確認できる書類(大会議案・大会ニュース・変更挨拶はがきなど)

脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	代表者氏名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日

加入	フリガナ		加入年月日	令和 年 月 日	
	代表者氏名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
	役職名				
	年収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択		
	希望する賃金日額 (○をつける)	3,500 ・ 4,000 ・ 5,000 ・ 6,000 ・ 7,000 ・ 8,000 ・ 9,000 ・ 10,000 12,000 ・ 14,000 ・ 16,000 ・ 18,000 ・ 20,000 ・ 22,000 ・ 24,000 ・ 25,000			
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分	

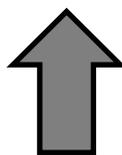
労災特別加入の適用は、申請書を労基署に提出した翌日からになります。
変更日30日前から申請可能ですので、早めの連絡をお願いします。

愛知県勤労者安全衛生研究センター(連合愛知安全衛生センター)

〒456-0002 名古屋市熱田区金山町1-14-18 れある3階

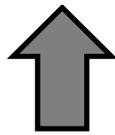
☎ 052-684-0003 E-mail: center@aichijtuc-rengo.jp

2023年4月作成



事務組合連絡票 ② <別紙> 労災特別加入 (脱退)

脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
脱退	フリガナ		脱退年月日	令和 年 月 日
	氏 名		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日



事務組合連絡票 ③ <別紙> 労災特別加入

加 入	フリガナ			加入年月日	令和 年 月 日	
	氏 名			生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
	役 職 名					
	年 収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択			
	希望する賃金日額 (○をつける)	3,500・4,000・5,000・6,000・7,000・8,000・9,000・10,000 2,000・14,000・16,000・18,000・20,000・22,000・24,000・25,000				
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分		

加 入	フリガナ			加入年月日	令和 年 月 日	
	氏 名			生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
	役 職 名					
	年 収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択			
	希望する賃金日額 (○をつける)	3,500・4,000・5,000・6,000・7,000・8,000・9,000・10,000 2,000・14,000・16,000・18,000・20,000・22,000・24,000・25,000				
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分		

加 入	フリガナ			加入年月日	令和 年 月 日	
	氏 名			生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
	役 職 名					
	年 収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択			
	希望する賃金日額 (○をつける)	3,500・4,000・5,000・6,000・7,000・8,000・9,000・10,000 2,000・14,000・16,000・18,000・20,000・22,000・24,000・25,000				
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分		

加 入	フリガナ			加入年月日	令和 年 月 日	
	氏 名			生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
	役 職 名					
	年 収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択			
	希望する賃金日額 (○をつける)	3,500・4,000・5,000・6,000・7,000・8,000・9,000・10,000 2,000・14,000・16,000・18,000・20,000・22,000・24,000・25,000				
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分		



事務組合連絡票 ④ <雇用保険>

★マイナンバーを電話で問い合わせさせていただきますのでご準備ください。

枝番号		組合名		担当者	
住所	〒			連絡先	

1. 資格取得 【パートの方は雇入通知書を添付】 ※取得後に改姓した場合は、電話でご連絡ください。

フリガナ		性別		取得年月日	令和 年 月 日
氏名		男・女		生年月日	(和暦) 昭和・平成 年 月 日
雇用保険取得	有・無	新規・再取得 → 再取得の場合は、お持ちの被保険者番号を下に記入			
雇用保険被保険者番号					
就職経路	安定所紹介・自己就職(会社からの出向含む)・民間紹介・把握していない				
雇用形態 ※正社員・パートなど		役職			
雇用(出向)期間の定め	有	→	雇用(出向)期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	無		更新の有無	有・無	
1週間の所定労働時間	時間 分				
賃金形態	月給・時間給・日給		賃金月額	千円	

2. 資格喪失 【離職票が必要な場合は、以下の書類を添付してください】

①退職願 ②出勤簿・賃金台帳(11日以上の出勤月が12ヶ月分必要)

※契約期間満了の場合…雇用契約書の写し ※定年または定年後の再雇用満了の場合…就業規則の写し

フリガナ		性別		退職年月日	令和 年 月 日	
氏名		男・女				
被保険者番号						
喪失理由	会社復帰・自己都合退職・雇用期間満了・定年・解雇					
1週間の所定労働時間	時間 分 (離職日現在)					
離職者の住所・連絡先	〒					
離職票 (○で囲む)	不要 (以下記入不要)・必要 ⇒ 送付先 < 自宅・組合 > (以下も記入)					
賃金締切日	毎月	日	賃金支払日	当月・翌月()日支払		
交通費の支給	無・有	臨時手当の支給	無・有 (内容:)			
離職理由 ※該当する場合のみ	<input type="checkbox"/>	定年による退職 (定年: 歳)	定年後の継続雇用を	希望していた・希望していなかった		
	<input type="checkbox"/>	労働契約期間満了による退職	<input type="checkbox"/>	採用又は定年後の再雇用時にあらかじめ定められた雇用期間到来による離職		
			<input type="checkbox"/>	労働期間満了による離職 (以下も記入)		
		①1回の契約期間	箇月	③契約更新回数	回	
		②通算契約期間	箇月	④契約を変更又は延長することの合意の有無 有・無		
		⑤更新又は延長しない旨の明示の有無			有・無	
		⑦労働者から契約の更新又は延長を	<input type="checkbox"/>	希望する旨の申し出があった		
	<input type="checkbox"/>		希望しない旨の申し出があった			
	<input type="checkbox"/>		希望に関する申し出はなかった			



事前確認シート<新規 労働保険事務組合委託>

事務委託日	年 月 日		
フリガナ			
組合名称			
法人番号	無 ・ 有 (No.)		
住 所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当者			
メールアドレス			
労働保険	個別成立済(労働保険番号) ・ 新規成立		
賃金締日	()日締め ・ 月末締め	賃金支払日	当月 ・ 翌月 日払
次期役員改選時期	令和 年 月	改選頻度	年ごとに改選

◆委員長

フリガナ		区分	専従・非専従 ※どちらかに○
代表者氏名		生年月日	(和暦) 昭和 ・ 平成 年 月 日
特別加入希望の有無	特別加入する ・ しない		
年 収	円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から選択	
希望する賃金日額 (○をつける)	3,500 ・ 4,000 ・ 5,000 ・ 6,000 ・ 7,000 ・ 8,000 ・ 9,000 ・ 10,000 12,000 ・ 14,000 ・ 16,000 ・ 18,000 ・ 20,000 ・ 22,000 ・ 24,000 ・ 25,000		
所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分

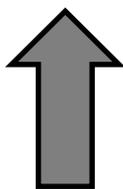
◆委員長以外の専従役職員

職 名	区分	氏 名 (フリガナ)	雇用保険加入	性別	生年月日
	専・非		会社・労組 ※どちらかに○		(和暦) 昭和 ・ 平成 年 月 日
	専・非		会社・労組 ※どちらかに○		(和暦) 昭和 ・ 平成 年 月 日
	専・非		会社・労組 ※どちらかに○		(和暦) 昭和 ・ 平成 年 月 日

◆委員長以外の専従役員・職員の賃金見込額

年 月(労働保険成立月)～ 年 月末までの賃金見込額 <税・保険料控除前の総支給額> (通勤費・賞与も含む)
千円

愛知県勤労者
安全衛生研究センター 宛



FAX : 052-684-0303

E-mail : center@aichi.jtuc-rengo.jp

委託解除に伴う確認シート

フリガナ													
組合名称													
労働保険番号													
委託解除日													
委託解除理由													
住 所	〒												
電話番号							FAX番号						
フリガナ 担当者													
メールアドレス													
労働保険料還付金 振込先口座名													



加入申請書・事務委託書

労働組合名称		役職	
フリガナ			
氏名			
生年月日	(和暦)	昭和・平成	年 月 日
労働組合の 所在地・電話番号	☎		
他の役職員の有無	無 ・ 有		
給付基礎日額 (○をつける)	25,000円 ・ 24,000円 ・ 22,000円 ・ 20,000円 ・ 18,000円 16,000円 ・ 14,000円 ・ 12,000円 ・ 10,000円 ・ 9,000円 8,000円 ・ 7,000円 ・ 6,000円 ・ 5,000円 ・ 4,000円 ・ 3,500円		
就業時間	時 分 ~ 時 分		

私は労働組合の一人専従委員長として、連合愛知労災保険組合に加入申請するとともに、貴組合に事務処理を委託します。

※委託事項 … 労災保険特別加入の申請等に関する事務
 労働保険料に係る徴収金の申告・納付に関する事務
 その他労災保険特別加入に係る申請・届出・報告等に関する事務

令和 年 月 日

連合愛知労災保険組合
 理事長 近藤 之 殿

氏名 _____ (印)

(連合愛知労災保険事務組合で記入)

連合愛知労災組合は、貴殿を当組合の組合員と認め、労働保険事務を受託します。

連合愛知労災保険組合
 理事長 近藤 之 (印)

理事会承認	理事長	理事	加入・委託年月日	整理番号
令和 年 月 日			令和 年 月 日	