

保存版

労働保険手続マニュアル

< 令和5年（2023年）4月 改訂版 >



労働保険事務組合

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 ワークライフプラザれあろ 3F
TEL:052-684-0003 FAX:052-684-0303 E-mail:center@aichi.jtuc-rengo.jp

保険加入者の異動等、下記事項がありましたらご連絡下さい

1. 委員長が交代するとき

- (1) 委員長が特別加入者の場合 1 ページ
- (2) 委員長が労働組合で雇用保険を取得する・している場合 3 ページ
- (3) 委員長が特別加入者でない場合 4 ページ

2. 役員が交代するとき

- (1) 交代する専従役員が労働組合で雇用保険を取得する（している）場合 5 ページ
- (2) 交代する非専従役員が特別加入者の場合 6 ページ

3. 特別加入者の給付基礎日額を変更するとき 7 ページ

4. プロパー職員を新たに雇用するとき 9 ページ

5. 雇用保険に加入しているプロパー職員が退職したとき 10 ページ

6. 組合名・所在地等が変更したとき 11 ページ

7. 雇用保険被保険者が60歳に到達するとき 12 ページ

8. 雇用保険被保険者が育児休業を取得するとき 13 ページ

9. 雇用保険被保険者が介護休業を取得するとき 14 ページ

10. 委員長のみ一人となったとき 15 ページ

1. 委員長が交代するとき

(1) 委員長が特別加入者の場合

労災特別加入の補償適用は、申請書を当事務組合が労働基準監督署に提出した翌日からとなります。

※交代後に手続きする場合、新委員長は申請書を提出する日まで無保険状態となり、ケガ等があっても補償が受けられません。

また、旧委員長については、余分な保険料を支払うことになります。

★ 交代日の30日前から申請が可能ですので、早めの連絡をお願いします。

《注意！》

特別加入していても、すべての業務災害が対象となるわけではありません。

あくまでも、一般の労働者と同じ業務をしていた場合にのみ、労災の給付対象になり得ますので、事業主としての業務遂行時は対象にならないことをご承知おきください。

- ① 様式集 P1 『事務組合連絡票① <各種変更・労災特別加入>』に、必要事項を記入する。

連合愛知安全衛生センター 宛 ↑ FAX : 052-684-0303			
事務組合連絡票① <各種変更・労災特別加入>			
組合名		担当者	
住所		連絡先	
1. 代表者・組合名称・住所の変更 (変更箇所には✓を入れてください) <small>【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)</small>			
<input type="checkbox"/>	フリガナ		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		
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) <small>【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)</small>			
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
	希望する賞金日額 (○をつける)	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
様式第34号B		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。	
郵送日	月 日		
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			

□に✓を入れる

記入

新委員長の
情報を記入

新旧委員長の
情報を記入

- ② “交代日が確認できる書類” (大会議案・大会ニュース・挨拶文等) を準備する。

- ③ を連合愛知安全衛生センターにFAXする。

※届出終了後、当センターから連絡させていただきます。



(2) 委員長が労働組合で、雇用保険を取得する・している場合

★ すみやかに連絡を⇒ 交代後 10 日以内にハローワークへ届出

① 様式集 P4 の『事務組合連絡票④ <雇用保険>』に、必要事項を記入する。

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		
取得区分	新規取得・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				
被保険者番号	—				
就職経路	安定期紹介・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
				⑥直前の契約更新時での雇止め通知の有無	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		

記入

新委員長の情報を記入

旧委員長の情報を記入

会社復帰場合、離職票は不要です。以下記入不要

② ①を連合愛知安全衛生センターにFAXする。

③ FAXが届き次第、新旧委員長のマイナンバーを電話でお聞きしますので、ご準備ください。

ただし、旧委員長の雇用保険取得時期が2016年1月1日以降の場合、旧委員長のマイナンバーは登録済みですので、不要です。

④ 届出終了後、**被保険者証または資格喪失確認通知書を労組宛に郵送します。**

(3) 委員長が特別加入者でない場合

★ すみやかに連絡を⇒当センター保有データの変更が必要

- ① 様式集P1の『事務組合連絡票① <各種変更・労災特別加入>』に、必要事項を記入する。

組合名		担当者
住所		連絡先
1. 代表者・組合名称・住所の変更 (変更箇所には✓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 <新>代表者氏名	変更年月日 令和 年
<input type="checkbox"/>	フリガナ <新> 組合名	変更年月日 令和 年
<input type="checkbox"/>	フリガナ <新> 住所等	変更年月日 令和 年
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	フリガナ 代表者氏名	脱退年月日 令和 年 (和暦) 昭和 年
加	フリガナ 代表者氏名	加入年月日 令和 年 (和暦) 昭和 年
入	役職名	
	年収 円	↓ 年収(通勤費含む)÷365 の近似値を下記から
	希望する資金日額 (○をつける)	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 ~
様式第34号の8		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、 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。

□に✓を
入れる

記入

新委員長の
情報を記入

- ② ①を連合愛知安全衛生センターにFAXする。

<お願い>

当センターが発行する労働保険料の納付書や領収書などを受け取った際、現状と違う場合、ご連絡下さい。



3. 役員が交代するとき (会社←労組・会社→労組)

④ ②を連合愛知安全衛生センター宛に郵送する。

(1) 労働組合で雇用保険を取得する・している場合

★ すみやかに連絡を⇒交代後 10 日以内にハローワークに届け出が必要

① 様式集の P 4 『事務組合連絡票④ <雇用保険>』に、必要事項を記入する。

連合愛知安全衛生センター 宛		FAX : 052-684-0303			
事務組合連絡票 ④ <雇用保険> <small>★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。</small>					
組合名		担当者			
住所		連絡先			
1. 資格取得 【パートの方は雇用通知書を添付】 ※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		
取得区分	新規取得・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		
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		職種			
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		
1週間の所定労働時間	時間 分	更新の有無	有・無		
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	<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	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		
※該当する場合のみ		⑥直前の契約更新時での雇止め通知の有無	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	

2020年4月作成

記入

新役員の情報を記入

旧役員の情報を記入

会社復帰場合、離職票は不要です。以下、記入不要。

離職票が必要な場合【添付書類】

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)

③契約期間満了の場合は雇用契約の写し

④定年又は定年後の再雇用満了の場合は就業規則の写し

- ③ 様式集 P1 『事務組合連絡票① <各種変更・労災特別加入>』に、必要事項を記入する。 <⇒ 8 ページ上段参照>

複数人を変更する場合

脱退者は、様式集 P2 『事務組合連絡票② <別紙> 労災特別加入 (脱退)』
加入者は、様式集 P3 『事務組合連絡票③ <別紙> 労災特別加入』

に、必要事項を記入する。 <⇒ 8 ページ下段参照>

- ④ “交代日が確認できる書類” (大会議案・大会ニュース・挨拶文等) を準備する。

- ⑤ ③と④を連合愛知安全衛生センターに FAX する。

※届出終了後、当センターから連絡させていただきます。

連合愛知安全衛生センター 宛 ↑ FAX : 052-684-0303

事務組合連絡票① <各種変更・労災特別加入>

組合名	担当者	
住所	連絡先	

1. 代表者・組合名称・住所の変更 (変更箇所を✓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		変更年月日	年	月	日
	<新> 代表者氏名					
<input type="checkbox"/>	フリガナ		変更年月日	年	月	日
	<新> 組合名					
<input type="checkbox"/>	フリガナ		変更年月日	年	月	日
	<新> 住所等					

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	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	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		
	希望する賞金日額 (○をつける)	6,000 ・ 7,000 ・ 8,000 ・ 9,000 ・ 10,000 ・ 12,000 ・ 14,000			
	所定労働時間	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間	時 分 ~ 時 分	

様式第34号の8

投函した日付を記入

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。

愛知県労働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@aiichi.tuc-rengo.jp

2019年4月作成

記入

新旧役員の
情報を記入

複数の役員が交代する場合

脱退者用

加入者用

5. 雇用保険に加入しているプロパー職員が退職したとき

- ① 様式集のP4『事務組合連絡票④＜雇用保険＞』に、必要事項を記入する。

連合愛知安全衛生センター 宛 FAX: 052-684-0303					
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。					
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		
取得区分	新規取得・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				
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退職届 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	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		
	⑥直前の契約更新時での雇止め通知の有無	有・無			
	⑦労働者から契約の変更又は延長を希望する旨の申し出があった	<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	<input type="checkbox"/>	

記入

新たに雇用した職員
の情報を記入

- ② パートの場合は、“雇入通知書”を準備する。
- ③ ①と、必要に応じて②を連合愛知安全衛生センターにFAXする。
- ④ FAXが届き次第、マイナンバーを電話でお聞きしますので、ご準備ください。
- ⑤ 届出終了後、**被保険者証および事業主通知書を労組宛に郵送します。**

★ すみやかに連絡を⇒**離職後10日以内にハローワークに届け出が必要**

★ 労災保険に関しては4月～退職月までの賃金・一時金を4月に配布する賃金等の報告に記入して下さい。

① 様式集 P 4 『事務組合連絡票④ <雇用保険>』に、必要事項を記入する。

連合愛知安全衛生センター 宛 FAX: 052-684-0303

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。

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
取得区分	新規取得・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		
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	役員		
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2か月分必要)
 ※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	<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)			
※該当する場合のみ	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	
	⑥直前の契約更新時での雇止め通知の有無		有・無	
	⑦労働者から契約の更新又は延長を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

2020年4月作成

記入

退職者の情報を記入

会社復帰の場合、離職票は不要です。
以下記入不要。

離職票が必要な場合
【添付書類】

- ①退職願
- ②出勤簿・賃金台帳
(11日以上の出勤月が12ヵ月分必要
※ただし、給料締め期間途中で退職した場合は13ヵ月分必要)
- ③契約期間満了の場合は雇用契約の写し
- ④定年又は定年後の再雇用満了の場合
は就業規則の写し

② ①と添付書類を連合愛知安全衛生センターにFAXする。

③ FAXが届き次第、マイナンバーを電話でお聞きしますので、ご準備ください。
ただし、退職する職員の雇用保険取得時期が2016年1月1日以降の場合、マイナンバーは登録済みですので、不要です。

④ 届出終了後、資格喪失確認通知書を労組宛に郵送します。

6. 組合名・所在地等が変更したとき

★ すみやかに連絡を⇒変更後10日以内にハローワークに届け出が必要

- ① 様式集P1『事務組合連絡票①<各種変更・労災特別加入>』に、必要事項を記入する。

連合愛知安全衛生センター 宛 ↑ FAX: 052-684-0303

事務組合連絡票①<各種変更・労災特別加入>

組合名	担当者
住所	連絡先

1. 代表者・組合名称・住所の変更 (変更箇所には✓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 <新>代表者氏名	フリガナ	変更年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> フリガナ <新> 組合名	フリガナ	変更年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> フリガナ <新> 住所等	〒	変更年月日	令和 年 月 日

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 代表者氏名	脱退年月日	令和 年 月 日 (和暦) 昭和・平成 年 月 日
加入	フリガナ 代表者氏名	加入年月日	令和 年 月 日 (和暦) 昭和・平成 年 月 日
	役職名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
年取	円	1年取(通勤費含む)÷365の近似値を下記から選択	
希望する資金日額 (○をつける)	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

様式第34号の8

郵送日 月 日

愛知県労働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 れあろ3階
☎ 052-684-0003 E-mail: center@aichi-riuc-rengo.jp

2020年4月作成

記入

変更する情報を記入

□に✓を入れる

- ② 変更日が確認できる書類(大会議案・大会ニュース・挨拶はがき等)を準備する。
- ③ ①と②を連合愛知安全衛生センターにFAXする。
- ④ 届出終了後、当センターから連絡させていただきます。

<お願い>

当センターが発行する労働保険料の納付書や領収書などを受け取った際、現状と違う場合はご連絡下さい。

7. 雇用保険被保険者が60歳に到達するとき

「高年齢雇用継続給付金」の支給要件を満たす方は 受給資格確認の手続きが必要です！

◆支給要件…次の①～③をすべて満たすこと

- ① 60歳以上65歳未満の一般被保険者
- ② 被保険者であった期間が5年以上ある
- ③ 60歳以後の賃金(みなし賃金を含む)が、60歳時点の75%未満になる

◆給付金の額…60歳以後の各月に支払われた賃金の原則15%(賃金の上限額あり)

※ 賃金の低下率によって、15%を上限に支給率の変動

低下率	支給率
61.00%以下	15.00%(上限)
61.50%	14.35%
62.00%	13.70%
74.00%	0.88%
74.50%	0.44%
75.00%以上	0.00%(支給なし)

◆年金と高年齢雇用継続給付との併合調整

特別支給の老齢厚生年金の支給を受けている場合、高年齢雇用継続給付の給付額に応じて、年金の一部が支給停止される場合があります。

当センターで受給資格確認の手続きをした後(各組合で手続きすることも可)、各組合において支給申請の手続きを行っていただきます。初回の支給申請は、支給を受けようとする支給対象月の初日から起算して4カ月前以内です。

★ 60歳に到達する対象者がいる場合、事前に確認の連絡をさせていただきますが、組合においてお気づきの場合は、ご連絡ください。

- ① “出勤簿・賃金台帳(60歳の誕生日の前日から遡って、11日以上の出勤月が7ヵ月分必要)”を準備する。
- ② 本人から、“運転免許証のコピーまたは住民票の写し”、“本人名義の通帳の表紙と1ページ目のコピー”をもらう。
- ③ パートの場合は、“雇用契約書または雇入通知書のコピー”を準備する。
- ④ ①②と、必要に応じて③を連合愛知安全衛生センターに郵送またはメールする。
- ⑤ 当センターで『高年齢雇用継続給付受給資格確認票』、『雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書』を作成して郵送しますので、指定箇所に記入・押印後、返送してください。

8. 雇用保険被保険者が育児休業を取得するとき

届出終了後、**高年齢支給申請書等を労組宛てに郵送します。**

「育児休業給付金」の支給要件を満たす方は 受給資格確認の手続きが必要です！

◆支給要件…次の①～③をすべて満たすこと

- ① 一般被保険者および高年齢被保険者が、1歳に満たない子を養育するために育児休業を取得する
- ② 育児休業中の賃金が、休業開始前の1ヵ月あたりの賃金の8割未満である
- ③ 育児休業中の就業日数が、1ヵ月ごとに10日以下である
※支給単位期間について10日を超える場合については、就業していると認められる時間が80時間以下であること

◆給付金の額

- 休業開始日賃金月額額の67%(ただし、育児休業開始から6か月経過後は50%)を支給
- ※ 保育園に入所できない場合は1歳6ヵ月まで、さらに2歳まで育児休業期間を延長することができますことに伴い、育児休業給付金も最長2歳まで給付されます。
 - ※ 育児休業取得時に退職が確定(予定)している場合は、支給の対象となりません。

当センターで受給資格確認の手続きをした後(各組合で手続きすることも可)、各組合において支給申請の手続きを行っていただきます。初回の支給申請は、育児休業開始日から4ヵ月を経過する日の属する月の末日までに行ってください。

★ 育児休業を取得する予定の役職員がいる場合は、出産予定日が決定した時点で、当センターにご連絡ください。

- ① “出勤簿・賃金台帳(育児休業開始日から遡って、11日以上の出勤月が12ヵ月分必要)”を準備する。
- ② 本人から、“母子手帳の出生届出済証明書があるページのコピー”、“運転免許証のコピーまたは住民票の写し”、“本人名義の通帳の表紙と1ページ目のコピー”をもらう。

9. 雇用保険被保険者が介護休業を取得するとき

- ④ 当センターで『育児休業給付受給資格確認票』、『雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書（育児）』を作成して郵送しますので、指定箇所に記入・押印後、返送してください。
- ⑤ 書類が届き次第、マイナンバーを電話でお聞きしますので、ご準備ください。

届出終了後、**育児休業給付金支給申請書等を労組宛に郵送します。**



「介護休業給付金」の支給要件を満たす方は 受給資格確認の手続きが必要です！

◆支給要件…次の①～④をすべて満たすこと

- ① 家族を介護するために被保険者が介護休業を取得する
- ② 支給単位期間(介護休業開始日から起算して1ヵ月毎に区切った各期間)の初日から末日まで継続して被保険者資格を有している
- ③ 支給単位期間の就業日数が、各期間とも10日以下である
- ④ 支給単位期間に支給された賃金が、休業開始時の賃金月額の80%未満である

◆給付金の額

- ・支給単位期間が1ヵ月ある場合
⇒休業開始時賃金日額×30日×67%
- ・最後の支給単位期間の場合
⇒休業開始時賃金日額×暦の日数×67%
- ※ 休業期間中に賃金が支払われている場合
- ・支払われた賃金が、休業開始時賃金月額の13%以下の場合
⇒休業開始時賃金日額×支給日数×67%
- ・支払われた賃金が、休業開始時賃金月額の13%超～80%未満の場合
⇒休業開始時賃金日額×支給日数の80%相当額と賃金の差額
- ・支払われた賃金が、休業開始時賃金月額の80%以上の場合
⇒支給されない

同一の対象家族について93日を限度に3回まで支給される

当センターで受給資格確認の手続きをした後（各組合で手続することも可）、各組合において支給申請の手続きを行っていただきます。支給申請は、各介護休業終了日の翌日から起算して2ヵ月を経過する日の属する月の末日までに行ってください。

★ 介護休業を取得する役職員がいる場合は、取得日が決定した時点で、当センターにご連絡ください。

10. 委員長のみ一人となったとき

- ① “出勤簿・賃金台帳（介護休業開始日から遡って、11 日以上の出勤月が 12 ヶ月分必要）・介護休業申出書”を準備する。
- ② 本人から、“介護対象家族の氏名・性別・生年月日・被保険者との続柄等が分かる書類（住民票記載事項証明書など）のコピー”をもらう。
- ③ ①②を連合愛知安全衛生センターに郵送またはメールする。
- ④ センターで『介護休業給付金支給申請書』、『雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書（介護）』を作成して郵送しますので、指定箇所に記入・押印後、返送してください。
- ⑤ 書類が届き次第、マイナンバーを電話でお聞きしますので、ご準備ください。
届出終了後、**介護休業給付金支給・不支給決定通知書等を労組宛に郵送します。**
- ⑥ 届出終了後、介護休業給付金支給・不支給決定通知書等を労組宛に郵送します。

労働者を使用（雇用）しなくなった場合

労働保険事務組合（愛知県勤労者安全衛生センター）を脱退しなければなりません。しかし、引続き委員長が特別加入を希望する場合は、労働保険事務組合の労災保険組合に加入となります。

引続き特別加入を希望する場合は様式集 P 6・P 7 に記入し、連合愛知安全衛生センターに F A X する。

また、特別加入をしない場合は P 6 に記入して連合愛知安全衛生センターに F A X する。



事務組合連絡票 ① <各種変更・労災特別加入>

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		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	〒 <div style="text-align: center;">☎ FAX</div>	変更年月日	令和	年	月	日
	<新> 住所等						

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)	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

様式第34号の8

郵送日 月 日

**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@aichi.jtuc-rengo.jp



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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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 年 月 日 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)	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		

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)	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		

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)	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		

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)	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		



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。

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
取得区分	新規取得・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				
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	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇					
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			
		②通算契約期間	箇月	③契約更新回数	回	
		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		
		⑥直前の契約更新時での雇止め通知の有無		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		

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 (中小事業主等及び一人親方等)
 特別加入脱退申請書

帳票種別
 36241

特別加入の承認に係る事業

府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

労働保険番号

事業の名称

◎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 9 令和

元号	年	月	日

1~9日は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

事業場の所在地

今回の変更届に係る者 合計： 人
 内訳 (変更： 人、脱退： 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 (特別加入者に関する事項の変更)	変更年月日	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)	業務又は作業の内容
	生年月日			変更前
	※整理番号	変更後のフリガナ氏名	変更後	変更後
			1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	
	変更年月日	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)	業務又は作業の内容
	生年月日			変更前
	※整理番号	変更後のフリガナ氏名	変更後	変更後
			1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	
特別加入者のうち一部に変更がある場合 (特別加入者の異動)	異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※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)	異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
特別加入予定者	異動年月日	中小事業主又は一人親方との関係 (地位又は続柄)	業務又は作業の具体的内容	除染作業
	フリガナ氏名	1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	労働者の始業及び終業の時刻 (中小事業主等のみ)	1 有 3 無
	生年月日		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
	異動年月日	中小事業主又は一人親方との関係 (地位又は続柄)	業務又は作業の具体的内容	除染作業
	フリガナ氏名	1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	労働者の始業及び終業の時刻 (中小事業主等のみ)	1 有 3 無
	生年月日		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
変更決定を希望する日 (変更届提出の翌日から起算して30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。

脱退の場合

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30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。

〒 - 電話 () -

年 月 日
 愛知 労働局長 殿

住所
 事業主の氏名
 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)