元　請 確認欄	

中小事業主･一人親方等就労届

年　　月　　日

会社名

代表者名　　㊞

今般、貴作業所工事の施工にあたり、労災保険の適用を受けない者（中小事業主･一人親方等）が就労するので報告します。

尚、工事の施工･労務安全管理については万全を期しますと共に、万一労災事故等を発生した場合は責任をもって解決し、貴社に一切の迷惑をかけません。

記

会　社　名	住　　所	労災特別加入労働保険番号	備　考
事業主･親方名	作 業 予 定 期 間	委 託 事 務 組 合 名	

（注）　労災特別加入申請書（写）を添付すること。

（様式　共510-5／96.4）