

年 月 日

一人親方労災各種変更届

一人親方特別加入団体
一人親方労災保険協会 会長 殿
(FAX : 050-3153-7713)

加入者氏名 _____

私はこの度、労災保険第2種特別加入（一人親方労災）の下記事項について変更いたしたくここにお届けいたします。

記

該当する項目に丸を付けて変更事項をご記入ください。

変更項目	氏名 ・ 業務内容 ・ 商号 ・ 住所 ・ 連絡先 その他 ()
変更日	年 月 日
変更後	
(変更前)	
変更後	
(変更前)	
変更後	
(変更前)	

以上

※口座名義が変更した場合は「預金口座振替申込書」をお送りください。

※協会記入欄

管	名	社	S	備考