

記入日： 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)

整理番号 _____ 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 ・ 電話番号 ・ 引落口座 その他（ ）
変更日	年 月 日
住所変更後 〒	—
住所変更前 〒	—
変更後	
変更前	
変更後	
変更前	

以上

※引落口座を変更した場合は「預金口座振替依頼書」を添えてお送りください。

※住所変更の場合は、住民票または運転免許証の裏面コピーを添えてお送りください。

※協会記入欄

地域： _____ 整理番号： _____

管	名	一	願	申請	番号	完了	備考
				/		/	

(2020. 6. 15)