登録内容に変更がある場合は、変更届と必要書類を郵送またはFAX で提出してください。

〒760-0077 香川県高松市上福岡町 984-1 一人親方労災保険協会事務局

FAX: 050-3153-7713

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

±6+m =17	1-3 + - A
整理番号	加入者氏名

私は、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をお届けいたします。

記

	記入日:	年	月 日	変更日	: 令和	年	月	日
↓変更項目に○			↓ 変更	後の内容を記	<u></u> 改			
住 所	₸	-	※住民票	または運転免許	証裏面の□	ピーを添付	けしてくだ	さい
携帯番号		_		_				
電話番号		_		_				
FAX 番号		_		_				
メールアドレス			@					
氏 名				※新しい	・氏名を証明	月する 書 類を	を添付して	ください
商 号								
業務内容								
引落口座	銀行名			本支店				
	種類	普通・当座	口座番号					
預金口座振替依頼書を 添付してください	フリガナ 名 義 人							
その他								INI L

以上

協会記入欄

地域:

整理番号:

名	1	顧	管	申請	番号	完了	備考
				/		/	