

脱退月の20日までに脱退申込書を郵送またはFAXで提出してください。

20日必着

送付先

〒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 脱退申込書

一人親方特別加入団体

一人親方労災保険協会 会長 殿

フリガナ
記入日 年 月 日 加入者氏名 (印)
生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所 〒
電話番号

私はこの度、労災保険第2種特別加入（一人親方労災保険）を脱退いたしたくここにお届けいたします。
なお、同年度内の再加入はできないことを確認いたしました。

脱退希望日	令和 年 月 末日
会 員 証	会員証をここに貼り付けてください。 ※なければ右の「紛失」に○を付けてください。 紛失
脱 退 理 由	

還付金がある場合、振込を希望する銀行口座を以下にご記入ください。

※返金は脱退月の翌月末以降になります。※ご本人の口座に限ります。

※振込手数料が必要な場合は、差し引いて振り込ませていただきます。

銀行名		支店名		支店
種類	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

協会記入欄

地域: 整理番号: 加入日: . . 日額: 残月数:

脱退日	申請日	申請番号	完了日	通知日	還付日	銀行
. .	/		/	/	/	
名	一	顧	管	備 考		