

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。

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 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

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○	↓ 変更後の内容を記入		
住 所	〒 - ※住民票または運転免許証裏面のコピーを添付してください		
携 帯 番 号	— —		
電 話 番 号	— —		
FAX 番 号	— —		
メールアドレス	@		
氏 名	※新しい氏名を証明する書類を添付してください		
商 号			
業 務 内 容			
引落口座 預金口座振替依頼書 を添付してください	銀行名		本支店
	種 類	普通・当座	口座番号
	フリガナ 名 義 人		
そ の 他			

以上

協会記入欄

地域： 整理番号：

名	一	願	管	申請	番号	完了	備考
				/		/	

(2022. 2. 15)