

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

※加入対象地域外への移転は脱退になります。脱退届を提出してください。

加入対象地域：香川 大阪 兵庫 岡山 広島 愛媛 徳島 高知 神奈川 東京 千葉 茨城 埼玉
栃木 群馬 山梨 静岡 福岡 大分 長崎 佐賀 熊本 宮崎 鹿児島 山口

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	顧	管	申請	番号	完了	備考
				/		/	

(2024. 2. 14)