

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：〒760-0080 香川県高松市木太町 3803-1 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

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
				/		/	

(2025. 3. 20)