

運送

NO.

## 一人親方労災特別加入申込書(運送業)

下記の事項を承諾の上 貴組合へ労災保険特別加入を申し込みいたします。

休業補償給付(休業給付)は休業4日目以降、全部労働不能日を請求します。

申込日	年 月 日		
フリガナ			
会社名(屋号)			
フリガナ		昭和・平成	
加入者名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	
FAX番号		メールアドレス	
事業内容			
加入希望年月日	平成 年 月 日	希望 給付日額	円 支払 方法 一括・分割
緊急連絡先 (親族・元請等)	ご関係		
	氏名	電話番号	
備考(加入経路等)	ご紹介( 様)・HP(キーワード; )・他( )		
	<input type="checkbox"/> 当組合からの 連絡・書類送付 を本人以外に希望する		
	連絡先	氏 名	
	→ 住 所	電 話 番 号	

加入申込書は記入後、本人確認書類(運転免許証など)と一緒に  
下記へFAX願います。

FAX 011-723-6367