

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 氏 | 名 | |
| | 絡 電 話 番 号 | | |
| 先 電 話 番 号 | | | |
| → 住 | 所 | | |

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 011-788-9558