□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		生年月日	昭和 ・ 平成		
加入者名			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	西暦　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（　）				
	□ 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 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