

入会申込書

ドライバー労災保険組合の会員として入会いたしたく会則、諸規定承諾のうえ、
入会金ならびに会費を添えて申し込みをいたします。

申込年月日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	自宅： 携帯電話：
業種 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 個人貨物運送事業 <input type="checkbox"/> 軽貨物運送事業 <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> 配達業（バイク：排気量_____cc） <input type="checkbox"/> 配達業（自転車） <input type="checkbox"/> フードデリバリー配達業（バイク：排気量_____cc） <input type="checkbox"/> フードデリバリー配達業（自転車） <input type="checkbox"/> その他（_____）
給付基礎日額	円
加入希望日	年 月 日
保険料額	円 ※労災保険料一覧にてご確認ください
保険料お振込予定日	年 月 日
添付書類 ※本書と一緒に ご送付ください	■自転車／排気量125cc以下のバイクのみを使用する方 以下のいずれかをご提出ください <input type="checkbox"/> 運転免許証の写 <input type="checkbox"/> 住民票の写 <input type="checkbox"/> その他（_____） ■車・バイク（排気量126cc以上）を使用する方 以下、いずれも提出が必要となります <input type="checkbox"/> 運転免許証の写 <input type="checkbox"/> 業務に係る許可書等写
個人情報の 取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません

必要事項をご記入のうえ、添付書類と一緒に当組合までFAXまたは郵送でお申込みください。

<送付先>

FAX： **03-3410-4864**

郵送： 〒154-0017 東京都世田谷区世田谷1-33-2 ドライバー労災保険組合 宛