

# 労災保険特別加入者申込書

日本鍼灸マッサージ協同組合      FAX番号    03-6380-6032

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成                      年                      月                      日
e-mail	
電話番号	
住所	〒

業務または作業の具体的な内容    (例：はり・きゅう・あん摩・マッサージの施術)

--

希望する給付基礎日額を別紙の「年間保険料」の表から選択して記入してください

給付基礎日額	円
--------	---

日本鍼灸マッサージ協同組合に出資していますか？

出資している	出資していない	わからない
--------	---------	-------

※身分証明書のコピーを添付して送付をお願いします。

- ・官公庁が発行する顔写真付きの身分証明書であれば1点。  
【例】免許証、パスポート、身体障害者手帳、マイナンバーカードの場合は表面のみ
- ・官公庁が発行する身分証明書で顔写真がない場合は2点。  
【例】健康保険証と住民票など。  
(住民票は3か月以内発行のマイナンバーの記載がないものをお願いします。)