




施設・団体 新規加入記入例

(拠出型) 企業年金保険
共济制度 事業所申込書

ジブラルタ生命保険株式会社 御中 申込日 年 月 日

制度内容を承諾の上、下記のとおり申し込みます。
また、本帳票に記載した個人情報の取扱について、下記記載「個人情報の取扱について」を承知し、同意の上押印し提出します。


記入洩れや押印洩れ等がありますと、ご加入手続が遅延しますのでご注意ください。

お申込者		加入年月日		事業所申込区分	
26平成 年 月 日 31		25		1：新規	
28. 5. 01					
住 事 業 所	469 郵便番号 475	力 152 地名・丁目 191 192 番地 201 202 方書 226 93 電話番号 106		058 333 3333	
	500-8385	ナ ギフシ ヒダチョウ			
代 表 者 所 名	漢 227 地名・丁目 306 307 番地 326 327 方書 376	漢 227 地名・丁目 306 307 番地 326 327 方書 376			
	500-8385	漢 227 地名・丁目 306 307 番地 326 327 方書 376			
代 表 者 所 名	力 53 事業所名 92 107 代表者名 146		力 53 事業所名 92 107 代表者名 146		
	ナ ケアハウス オオガキ チョウジュエン		シ セツチョウ イブキ ヤマオ		
代 表 者 所 名	漢 377 事業所名 416 417 代表者名 456		漢 377 事業所名 416 417 代表者名 456		
	漢 377 事業所名 416 417 代表者名 456		漢 377 事業所名 416 417 代表者名 456		
ケアハウス 大垣長寿園		施設長 伊吹 山夫			

社名ゴム印での押印をご遠慮願います。

(注1) 事業所として、新規にお申し込みいただく場合に必要です。
したがって、ご加入者の追加申込・増口の場合は不要です。
(注2) 口座振替のご契約の場合は、別途、口座振替依頼書をご提出ください。
ご不明な点は、ご契約団体または当社担当者へご相談ください。

団体記入欄				cs 区分 P5162	D		
団体番号		管理区分1		管理区分2		事業所コード	
1	7 8	12 13	17 18	24			
20079		1		1			

所在地	岐阜市下奈良2-2-1	
団体名	岐阜県福祉会館内	
代表者名	一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会	

【保険会社使用欄】

<個人情報の取扱について>
 当該保険の運営にあたっては、保険契約者(団体)は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日等)〔以下、個人情報〕を取り扱い、保険契約者(団体)が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ)へ提出いたします。
 契約者(団体)は当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。
 また、生命保険会社は受領した個人情報を
 ①保険契約の引受け・継続・維持管理、一時金・年金等の支払
 ②その他各種保険に関連・付随する業務
 のために利用し、また保険契約者(団体)および他の生命保険会社にも上記目的の範囲内で提供します。
 なお、今後、個人情報等に変更が発生した際にも、引き続き保険契約者(団体)および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。
 引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。