

# 加入申込書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申込日 年 月 日

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会業務運営規程を承諾のうえ、下記職員の加入を申し込みます。

施設・団体番号	
共済契約者又は施設等 所在地 名称 代表者名等 電話番号	⑨
担当者 :	

岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会について説明を受け、業務運営規程を承諾しましたので加入を申し込みます。

【通常掛金の申込】

会員番号 (4桁)	フリガナ 加入者氏名	加入 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	標準給与 月額(円)
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		

【2倍掛金の申込】 独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入していません。

会員番号 (4桁)	フリガナ 加入者氏名	加入 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	標準給与 月額(円)
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		

【注意事項】

- ①この用紙を共済会へ提出してください。
  - ②加入申込印は必ず本人印を押印願います。  
※掛金納付開始月は、会員となった日の属する月からとなります。
  - ③記入に関する不明点は「事務処理の手引き」もしくは「共済会のしおり」の解説を参照してください。
  - ④独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入している職員は、2倍掛金に加入できません。
  - ⑤記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。
- <個人情報の取扱いに関する注意事項>  
申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。