

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

平成 年 月 日

退職手当共済契約申込書

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体・施設経営者
住所又は所在地
団体の名称
代表者職氏名



栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済約款の規定により、下記の者を被共済職員とする退職手当共済契約を締結したいので、関係書類を添えて申込みます。

施設コード ※		
施設 の 名 称	施設 所 在 地	施設長氏名及び連絡先
	〒 -	氏名 電話 () FAX () E-mail :
社会福祉施設職員等退職手当共済制度（独立行政法人福祉医療機構）加入の有無		有 ・ 無

被 共 済 職 員 名 簿

職員 コード ※	フリガナ 氏 名	契約承諾 年 月 日	承諾印	職員 コード ※	フリガナ 氏 名	契約承諾 年 月 日	承諾印
		H . .				H . .	
		H . .				H . .	
		H . .				H . .	
		H . .				H . .	

(注) 1 申込書は施設ごとに作成し、様式1・3付票（共済契約者・職員データ入力票）も併せて作成してください。

2 ※欄は、記入しないでください。

共済財団受付印