

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

(西暦) 年 月 日

被共済職員追加申込書

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

共済契約者
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、被共済職員の追加申込みをしたいので、関係書類を添えて申込みます。

施設コード			
施設の種類		独立行政法人福祉医療機構 加入の有無	有 ・ 無
施設の種類		施設所在地	施設長氏名及び連絡先
		〒 -	氏名 _____ 電話 () FAX () E-mail :

被共済職員名簿

職員 コード ※	フリガナ 氏名	承諾印	加入年月日(西暦)			
			年	月	日	

- (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 加入者氏名は自署してください。
3 ※欄は、記入しないでください。

共済財団受付印