

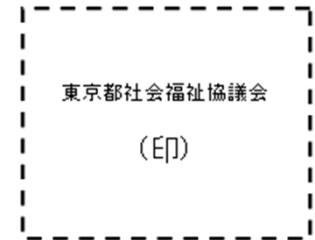
(重要) : 必ずフリガナを記入してください。

施設・事業所住所	〒 () フリガナ	施設・事業所名	フリガナ	申込日	平成 年 月 日
			※法人でのご加入の場合『同左』とご記入ください。	連絡先	TEL - - FAX - - 担当者名
★法人名	フリガナ	印	保険始期	平成29年7月1日	
			★中途加入保険始期	平成 年 月1日午後4時～	
	様		保険終期	平成30年7月1日午後4時まで	

対象施設・事業所	名称 (必ずフリガナを記入してください)	★※被用者数	住 所

保険加入申込済の証として、ここに労災上乗せ保険加入申込加入証を送付します。

(証印なきもの無効)



被用者数計 (Y)

ココロとカラダの安心メニュー利用	希望する・希望しない
------------------	------------

★被用者 1 名あたり保険料

* 加入プランの□にチェックしてください。

Aプラン = 1,950円

ACプラン = 2,570円

Bプラン = 3,440円

BCプラン = 4,060円

× (Y) =

合計保険料	円
振込予定日	月 日

※予定日を必ずご記入下さい。

東社協処理日： 月 日

<お問い合わせ先>

社会福祉法人東京都社会福祉協議会 福祉部経営支援担当 / TEL : 03-3268-7232

(取扱代理店) (有) 東京福祉企画 / TEL : 03-3268-0910

(取扱保険会社) 三井住友海上火災保険 (株) / TEL : 03-3259-7593