

(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	令和 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	令和2年7月1日	
			★中途加入保険始期	年 月1日午前0時から	
	様		保険終期	令和3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

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 = 2,280円

ACプラン = 3,360円

Bプラン = 3,610円

BCプラン = 4,690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