

(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	西暦	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	-	-	
★法人名	フリガナ	印	保険始期	2019年7月1日			
			★中途加入保険始期	年 月1日午後4時～			
	様		保険終期	2020年7月1日午後4時まで			

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 = 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