

一般財団法人岩手県社会保険協会加入届

社会保険の適用事業所となったことにより、被保険者及びその家族の健康と福祉の増進のための事業と社会保険制度の普及を目的とする一般財団法人岩手県社会保険協会の趣旨を理解し、会員として加入します。

一般財団法人岩手県社会保険協会 殿

年 月 日

事業所名	
住 所	〒
電話番号	()
事業主名	

事業所記号	—	番号	
適用区分	1. 健保・厚年	2. 厚年のみ	
適用年月日	年 月 日		
被保険者数	人		
年金・健康保険委員数	人		
会費払込希望 (○を記入願います)	口座振替	払込票	

※口座振替を希望される場合は後日依頼書を送付します。原則として2月末までに提出された場合は翌年度からの取扱いになります。また年会費は不課税取引となっています。

提出先 一般財団法人岩手県社会保険協会

《 FAX 019-626-0252 》