

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、被保険者及びそのご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。

年 月 日

ふりがな	
事業所名	
事業所所在地	〒 電話番号
事業主又は 代表者氏名	⑩

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			名

一般財団法人岩手県社会保険協会 殿

(F A X 番号 019-626-0252)