

「施設利用会員証」交付申込書

一般財団法人福島県社会保険協会長 様

下記のとおり、「施設利用会員証」の交付を申し込みます。

(申込日) 令和 年 月 日

事業所名称	
事業所所在地	〒 -
電話番号	() -
担当者氏名	
事業所整理記号	
申込希望枚数	枚

注1 「施設利用会員証」には、あらかじめ事業所名をご記入ください。(個人名は不要です)

注2 被保険者(従業員)様とご家族様にご利用いただけます。

注3 1人1枚ではなく、事業所様で管理のうえ、ご利用される方で使い回してください。

注4 1事業所10枚までを目途としますが、事情により必要なときはこの限りではありません。

注5 「施設利用会員証」裏面に記載された「利用について」に従ってご利用ください。

【郵送先】 〒960-8041
福島市大町5-2 千代田生命福島ビル4階
一般財団法人 福島県社会保険協会 あて

【ご注意】 送付先を記載し84円切手を貼った返信用封筒を同封して郵送でお申し込みください。
(電話・FAXでは受付できません)