

(様式1)

この加入届はFAXでも受付いたします。 FAX番号024-525-9312

加入届

一般財団法人 福島県社会保険協会 様

令和 年 月 日

〒

このたび、健康保険・厚生年金保険に加入する被保険者及び被扶養者の福利を増進し、社会保険制度の普及と社会保険事業の円滑な運営に資することを目的とする、社会保険協会に加入します。

なお、協会費（年会費）の納入についても承諾します。

※右の「事業所整理記号」及び「事業所番号」が分からないときは空欄のままです。「被保険者数」は現在数を必ずご記入願います。

所在地

ふりがな
事業所名

ふりがな
事業主名

印

電話番号

事業所記号	
事業所番号	
被保険者数	人