一般財団法人
飯田勤労者共済会

入　会　申　込　書

受付番号

一般財団法人 飯田勤労者共済会
理事長様

年　　月　　日

私(たち)は飯田勤労者共済会に
入会します。

事業所 所在地	〒　　－　　TEL FAX	
事業所 の名称		業　種
事業主 氏　名		印
窓口担当者 氏　名	氏名 事業所が既に会員事業所の場合は記入の必要はありません。	

事業所 No.	

フリガナ 氏　名	印	性別	生年月日	住　所	会員No.
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		
		男・女	昭・平　・　・		

※太枠内のみご記入下さい。事業所で会費を負担する場合は個人の印は不要です。
※フリガナを必ずご記入下さい。
※会員資格は入会申込書が受理された翌月の初日からとなります。
　入会金　1人 200円、会費 300円（月額）、負担金 年1回 300円（6月）
※入会時、満65歳以上の方は、第2号会員（給付制限有）となります。
　（入会月に65歳の誕生日を迎える方は対象外です）
※共済会は保有する会員情報について、共済会個人情報保護規程に従い、
　自ら利用又は提供する場合があります。

処　理　欄		
扱　者	会員証	入　力