

西宮市中小企業勤労者
福祉共済制度

加入契約申込書

令和 年 月 日

(提出先)

西宮市長宛

* 加入者番号 _____ 事業所業種 _____

企業/事業所 〒 _____
所在地 西宮市 _____

企業/事業所 _____
名称 _____

企業/代表者 _____
氏名 _____

TEL _____ FAX _____

携帯 _____

西宮市中小企業勤労者福祉共済条例に基づいて、次のとおり、共済制度への加入を申し込みます。

会員対象数	人	加入希望年月日	令和 年 月 日
-------	---	---------	----------

会員名簿

会員区分	フリガナ 氏名	生年月日	入社年月日	住所
1 一般・短時間 事業主		大昭平	昭平令	
2 一般・短時間		大昭平	昭平令	
3 一般・短時間		大昭平	昭平令	
4 一般・短時間		大昭平	昭平令	
5 一般・短時間		大昭平	昭平令	
6 一般・短時間		大昭平	昭平令	
7 一般・短時間		大昭平	昭平令	
8 一般・短時間		大昭平	昭平令	

*印の欄は記入しないで下さい。

※会員区分の「短時間」とは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される同種の業務を行う通常の従業員の1週間の所定労働時間に比し短い従業員をいいます。

※会員区分・元号は、あてはまるものに○をしてください。

加入契約申込を承諾してよろしいか。

課長	係長	係	電算入力