

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

(西暦) 年 月 日

## 被 共 済 職 員 追 加 申 込 書

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員  
退職手当共済財団 理事長 様

共済契約者  
住所又は所在地  
団 体 の 名 称  
代 表 者 職 氏 名



栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済約款の規定により、被共済職員の追加申込みをしたいので、関係書類を添えて申込みます。

施設コード			
施設 の 名 称	施設 所 在 地	施設長氏名及び連絡先	
	〒 -	氏名 _____ 電話 ( ) FAX ( ) E-mail :	
事業の種別	独立行政法人福祉医療機構 加入の有無		有 ・ 無

## 被 共 済 職 員 名 簿

職 員 コード ※	フリガナ 氏 名	承諾印	加 入 年 月 日 (西暦)			
			年	月	日	

- (注) 1 申込書は施設ごとに作成し、様式 1・3 付票 (共済契約者・職員データ入力票) も併せて作成してください。  
2 加入者氏名は自署してください。  
3 ※欄は、記入しないでください。

共済財団受付印