

(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

平成 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  
ままで結構です。「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