

(一財) 神奈川県厚生福利振興会加入申込書

第3号様式 [2] 暫定再任用職員・暫定再雇用職員・
再雇用職員・
1 申込内容 臨時的任用職員・契約職員等

申込日 令和 年 月 日

(一財) 神奈川県厚生福利振興会

<ul style="list-style-type: none">・暫定再任用職員・暫定再雇用職員・再雇用職員・臨時的任用職員・契約職員等	振興会に加入したいので申し込みます。	申込
	・現職会員総合保険（Ⅱ型）に加入したいので申し込みます。	

2 申込者

所属名						所属コード					
所属区分 ○で囲む	1 神奈川県	2 神奈川県立病院機構	3 共済組合(地方職員・公立学校)								
	4 職員団体等	5 神奈川県立産業技術総合研究所	6 神奈川県立保健福祉大学								
職員区分を○で囲む		a 暫定再任用職員・再雇用職員等				b 臨時的任用職員・契約職員					
会員番号(職員番号) *職員区分4の方は、空欄にしておいてください。振興会で割り振ります。		※必須事項 臨時的任用職員 任用期間 契約職員 雇用期間	開始年月日			終了年月日			更新		
			年	月	日	年	月	日	有・無		
フリガナ							生年月日	昭・平 年 月 日			
加入者 (被保険者) 本人氏名							採用年月日	平・令 年 月 日			
							加入年月日	令和 年 月 日			
現住所	〒 ー										

3 現職会員総合保険・被保険者記入欄

フリガナ 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	フリガナ 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日
	男女		大・昭・平・令 年 月 日		男女		大・昭・平・令 年 月 日
	男女		大・昭・平・令 年 月 日		男女		大・昭・平・令 年 月 日
	男女		大・昭・平・令 年 月 日		男女		大・昭・平・令 年 月 日
	男女		大・昭・平・令 年 月 日		男女		大・昭・平・令 年 月 日

<加入時の確認事項>

重要事項説明書及び約款の内容については、
申込者及び3の被保険者全員がウェブ等により確
認・同意の上、保険の加入を申し込みます。

承認印

印

【被保険者記入上の注意】

・親の場合 母、父でなく実母、義父等、関係を明記してく
ださい。(義父母の場合は同居に限る)

4 会費(保険料)控除に係る情報 (2.申込者の職員区分が3、4の方のみ記入)

*会費控除するため基礎月収額を記入してください。					A 給料月額	B 教職調整額	(合計) A+B 基礎月収額	
					円	円	円	
指定金融機関	フリガナ	ヨコハマギンコウ	スルガギンコウ	チュウオウロウドウキンコ	※銀行コード			
	銀行名	横浜銀行	スルガ銀行	中央労働金庫				
	フリガナ					※支店コード		
	支店名	支店(出張所)						
	科 目	普通 ・ 総合			口座番号			