

新規加入事業所用 ご記入例【届出事項申込（変更）届（2表）】

2

現在のご登録情報は下記のとおりとなります。
内容に変更・訂正がある場合は、変更項目のみを以下「変更内容」欄にご記入のうえご提出ください。
(新規加入の場合はすべての項目をご記入ください)
※掛金引当金の変更がある場合は、別途「預金口座振替依頼書」をご提出ください。

社会福祉施設従事者相互保険・総合医療保険（団体型）
届出事項申込（変更）届

契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

1 登録日（変更日） 令和 6 年 7 月 1 日

2 お申込日（記入日） 令和 6 年 4 月 15 日

3 法人名・施設名（ゴム印可） 施設印
法人一括の場合は法人印

福) 福寿鶴亀会
特養) 第二鶴峰園

施設印

5 申込区分 新規 変更
(変更のある項目のみご記入ください)

4 下 施設種類コード 事業所コード

0 0 0 0 3 2 1 0 0 2 9 9

項目	施設情報	変更内容
6 法人名	フリガナ フク フクジュツルカメカイ 福) 福寿鶴亀会	
施設名	フリガナ トクヨウ ダイニツルミネエン 特養) 第二鶴峰園	
施設住所	フリガナ ○○ケン××シ△△ 〒 123 -4567 ○○県××市△△1-2-3	
代表者名	フリガナ シセツチョウ コバヤシ ナオタロウ 役職・氏名 施設長 小林 直太郎	
7 加入コース	F1	
ご担当者名	亀田 花子	
電話・FAX	TEL 03-1234-8887 FAX 03-1234-3332	TEL - - FAX - -
メールアドレス	tsurumine2@xx.co.jp	

※メールアドレスにつきましては、Nコンシェルジュのサービス案内をお送りするためご登録いただきます。

8 総職員数（記入日現在）
68 名
役員・職員・パート含む

9 ご加入対象者

(1)	役員および職員全員
(2)	社会保険対象者全員
(3)	その他（詳細：)

代表者およびご担当者の個人情報の取扱い
公益財団法人 社会福祉振興・試験センターは本欄により、ご届出先及び代表者およびご担当者の個人情報（以下「代表者等の個人情報」といいます。）を本保険の事務手続きのために使用いたします。また公益財団法人 社会福祉振興・試験センターは団体定期保険および総合医療保険（団体型）を締結する生命保険会社（共同出資会社を含みます。以下「同じく。」）へ提供いたします。保険会社は当該代表者等の個人情報を保険契約の締結・維持管理、そのほか保険に関連する業務のために利用します。また、公益財団法人 社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。公益財団法人 社会福祉振興・試験センターおよび生命保険会社は上記目的以外に代表者等の個人情報を利用することはありません。

NO.	項目	内容
1	登録日（変更日）	新規事業所（施設）加入日は「7月1日」または「1月1日」のいずれかです
2	お申込日（記入日）	ご記入日となります
3	施設名・施設印	施設（事業所）名及び施設（事業所）印はご提出用紙全てに必要です
4	県コード・施設種類コード	別紙「管理区分コード表」をご参照のうえご記入ください (事業所コードはご記入不要です)
5	申込区分	「新規」項目の□欄にレ印（チェック）をご記入ください
6	施設（事業所）情報記入欄	法人名・施設名・住所・代表者名はフリガナもご記入ください
7	ご加入コース欄	パンフレットを参照のうえご希望のコースをご記入ください
8	総職員数	記入日現在の総職員数をご記入ください（役員・職員・パート含む） ※「ご加入対象者」欄で選択された選択肢によっては従相保険クラブの加入者と一致しない場合があります
9	ご加入対象者	ご加入の対象者の該当の番号に○をつけてください