

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

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）

※掛金引口座情報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。

契約者 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

法人名・施設名（ゴム印可）

施設印

法人一括の場合は法人印

登録日 (変更日)	令和 年 月 日	お申込日 (記入日)	令和 年 月 日
--------------	----------	---------------	----------

申込区分

新規

変更

(変更のある項目のみご記入ください)

県コード

施設種類コード

事業所コード

0 0 0

9 9

項目	施設情報	変更内容
法人名	フリガナ	
施設名	フリガナ	
施設住所	フリガナ 〒 -	
代表者名	フリガナ 役職・氏名	預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 希望する
加入コース		
ご担当者名		
電話・FAX	TEL - - FAX - -	TEL - - FAX - -
メールアドレス		

※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。

総職員数（記入日現在）

名

役員・職員・パート含む

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取扱
公益財団法人社会福祉振興・試験センターは本帳票により、ご提出いただいた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・試験センターが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（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提供いたします。保険会社は受領した代表者等の個人情報を保険契約の継続・維持管理、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、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などの個人情報を利用することはありません。