

加入申込書

一般財団法人 長崎県社会保険協会の趣旨に賛同し、
加入の申込をいたします。

令和 年 月 日

郵便番号

事業所 所在地

事業所 名称

代表者 氏名

電話番号

事業所の整理記号 _____

事業所（納入告知書）の番号 _____

健康保険等被保険者数 _____ 名

一般財団法人 長崎県社会保険協会長 殿

◎上記「加入申込書」に、ご記入のうえ、当協会へ郵送または FAX で、
お送りください。

後日、会費納入の振込用紙をお送り致しますので、お願い致します。

一般財団法人 長崎県社会保険協会

〒852-8118 長崎市松山町4番52号 囲本社ビル5F

TEL : 095-844-7120

FAX : 095-843-0449