

# 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  
加入の申込みをいたします。

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

(一財) 長崎県社会保険協会長 殿

- ◎ 上記届出書にご記入のうえ、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いたします。

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5階

TEL 095-844-7120 FAX 095-843-0449