

一般財団法人沖縄県社会保険協会加入申込書

年 月 日

一般財団法人 沖縄県社会保険協会長 殿

※申込日と太枠の中をご記入ください。

所在地 (フリガナ) 事業所名	
事業主名	(印)
担当者氏名	
電話番号	
被保険者数	_____人

当社は、健康保険・厚生年金保険の適用事業所でありますので、貴協会に加入いたしたく申し込みします。

会費 (年額)	被保険者数区分		会費額
	1人以上	～ 20人未満	3,000円
	20人以上	～ 50人未満	5,500円
	50人以上	～ 100人未満	10,500円
	100人以上	～ 300人未満	19,500円
	300人以上	～ 500人未満	32,500円
	500人以上	～	45,500円

-----協会使用欄-----

事業所整理記号		事業所番号	被保険者数	業態区分		適用年月日					
郡市区	事業所記号			コード番号	事業の種類						
			人			年 月 日					
						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>					

27.12
受付日付印