

本契約に関する個人情報が、共済締結・維持管理、共済金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

企業名	※事業所番号

会員カード

※会員番号	
※入会年月日	年 月 日

本人の状況	ふりがな			
	氏名			
	※改姓			
	生年月日	大昭平		
	現住所			
	※移転住所			
	就職年月日	平成・令和		
	※摘要			

同居家族の状況	続柄	氏名	生年月日	職業
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	

(お願い)※印欄及び裏面は記入しないで下さい。

名 寄 市 勤 労 者 共 済 会

本契約に関する個人情報が、共済締結・維持管理、共済金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

企業名	※事業所番号

会員カード

※会員番号	
※入会年月日	年 月 日

本人の状況	ふりがな			
	氏名			
	※改姓			
	生年月日	大昭平		
	現住所			
	※移転住所			
	就職年月日	平成・令和		
	※摘要			

同居家族の状況	続柄	氏名	生年月日	職業
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	
			年 月 日	
			大昭平令	

(お願い)※印欄及び裏面は記入しないで下さい。

名 寄 市 勤 労 者 共 済 会