様式 03-21-02

受付No.	

1枚目を送付してください（2枚目は組合控えです）　【医労連共済提出用】

医労連共済　組織共済加入申込書 兼 変更届

日本医労連共済　行
下記のとおり組織共済の加入を申込みます。
加入にあたっては、日本医労連共済の事業規約・細則を了承します。

新規	変更

単組コード	
効力発生日	年　月　日

新規の場合、太枠内の必要事項はすべてご記入ください。変更の場合、単組コード・組合名と変更のある箇所のみご記入ください。

申込日	年　月　日
組合名	印

代表者名				
所在地	〒□□□－□□□□			
連絡先	組合直通	TEL　（　）	病院施設	TEL　（　）
		FAX　（　）		FAX　（　）
		Mail		
担当者名	（職場名）		組織人員	人（ア）

加入内容			掛金額		
共済種目	口数（イ）	月単価（ウ）	支払方法		
□ 団結	□	10円	□ 月払		円/月（ア×イ×ウ）
			□ 年払	カ月（エ）	円/年（ア×イ×ウ×エ）
□ 慶弔	□	100円	□ 月払		円/月（ア×イ×ウ）
			□ 年払	カ月（エ）	円/年（ア×イ×ウ×エ）

※年払は効力発生月から6月までの月数

加入内容（加入する共済種目に✓を入れ、口数を記入してください）					
□ 一律	□ 団結　□（10円）	□ 生命　□（30円）	□ 交通　□（100円）	月単価	円/月
	□ 慶弔　□（100円）	□ 医療　□（100円）	□ 火災　□（5円）		左記の合計
	※組織一律共済加入の場合、本申込書と別に加入者個別の申込書もしくは名簿をご用意ください。				

備考

給付金・交付金振込先

フリガナ				
口座名義人				
ご指定口座 金融機関（ゆうちょ銀行を除く）	銀行　信用金庫　信用組合　農協　労働金庫　支店のフリガナ　支店　出張所			
	預金種目	口座番号（右づめでご記入ください）	金融機関コード	支店コード
	普通			
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号（右づめでご記入ください）		
	1　0 の	1		

★日本医労連共済は、当書類にて知り得た個人情報は、共済事業のためのみに使用します。
詳しくは、組織共済パンフレットの「個人情報保護に関する重要事項」をお読みください。

お願い

①単組名は必ず**正式名称**で記入してください。
②組織人員登録については実組合員数登録を厳守してください。実組合員数を登録されない場合、契約が成立しないことがありますのでご注意ください。
③事業年度途中の加入の場合、「年払い」での掛金は医労連共済の事業年度最終月「6月」までの残りの月数分となります。**〈例〉12月加入の場合の年払い掛金額は7ヵ月分が年掛金です。**
④受取人の預金種目・口座番号、フリガナを正確に記入してください。
⑤各種書類の送付先住所を所在地以外に変更したい場合は、備考欄にその旨記載してください。