**労山　短期保険プラン　加入依頼書（兼被保険者明細書）** 申込日：　 　　年　　　月　　　日

団体番号：　　　　　　　　　　　　　（ご注意：加盟団体以外は申込できません）

団体名：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通知者（＝払込人）：

* 〒：　　　　　　-
* 住所：
* TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯：
* E-mail： 　 　　 　　　　　 　　 @　　　　　　　　　　　　　　　（fax､携帯　e-mailはある方のみご記入ください）
* 講習会・行事名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　行き先：
* 期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　：　1泊2日・3泊4日・6泊7日・13泊14日まで：〇で選択
* お振替金額合計；￥　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（注：振替手数料はご負担下さい）**

●必ず振り替え後（払込日を記入後）にＦＡＸ送信ください

|  |
| --- |
| 連番欄には、上から順番に連番をご記入下さい。下記の★印の項目は必須項目です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連番 | ★氏名 | ★性別 | ★年齢 | ★ﾀｲﾌﾟｺｰﾄﾞ | ★掛け金 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1名2口まで加入可能＞その場合タイプコード欄にｘ2と記入下さい。* 別途作成名簿の場合はタイプや期間がわかるよう作成ください。

お願い　と　ご注意；　●郵便振替口座　00100‐5‐592378「労山賠償保険センター」●郵便振替後（＝払込日を記入後）、本紙を送付下さい。●名簿の到着と掛け金の振替で手続きは完了です。キャンセル、変更には応じられません。必ず実施内容確定後に手続下さい本紙　メール送信先： b-hoken@jwaf.jp  （注：メール送信が出来ない場合は全国連盟あてＦＡＸ：03-3235-4324ください） | 本ページ掛金合計：￥ 　　　 　　　　　 **ﾍﾟｰｼﾞ：　 　　/**今回申込掛け金合計：\　　　　　　　　　　　　　 　手続完了通知発行送付希望＞＞　なし ・ あり(+\100) ＞ ありの場合掛け金に\１００をプラス下さいお振替金額合計：￥ 　　 払込日：　　 　 　　年　 　　月　 　　日 |

　*全国連盟；受信後：　転送確認　ファイル*