

個人情報は、共済給付の資格・事業の参加者区分等の確認及び各種事業の利用状況等の統計資料作成など、業務の目的のために利用されることに同意します。

(注意) 1)太線内をご記入ください。  
2)氏名はフリガナを必ずご記入ください。

## 登録カード

※事業所番号	
※会員番号	
※会員となった日	年 月 日

事業所名	
------	--

本 人	フリガナ	姓		名		男・女	会員 区分	次に該当する項目の番号に○を入れてください。 1. 従業員 2. パート・アルバイト 3. 法人役員 4. 代表者(事業主)		
	氏名			印						
	生年月日	昭和・平成・	年	月	日	年齢				
	現住所	〒 -								
人	TEL	自宅	-	-	歳	業務 内容				
		携帯	-	-						
登 録 家 族	続柄	フリガナ	ガナ	生年月日	性別	続柄	フリガナ	ガナ	生年月日	性別
		氏名		T・S H・R 年 月 日	男・女		氏名		T・S H・R 年 月 日	男・女
				T・S H・R 年 月 日	男・女				T・S H・R 年 月 日	男・女
				T・S H・R 年 月 日	男・女				T・S H・R 年 月 日	男・女
				T・S H・R 年 月 日	男・女	備考				

※登録家族 ○会員の配偶者 ○会員と同居している親(義父母を含みます) ○会員と同一生計・扶養している子(会員と同一生計で同居していても、兄弟姉妹、祖父母、孫は対象になりません)  
※住民票などの書類を求められることがあります。  
※フリガナは必ずご記入ください。