

互助会員（加入・異動）報告書

年 月 日

受付日付印

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会 様

加入施設 団体番号		
施設・団体の 名称及び 氏 名	印	

貴会会則を確認の上、加入申込みをしますので、ご承認願います。
なお、家族は下欄記載のとおりですので、お届けします。

1. 加 入

職員番号	氏 名	生年月日	性別	職 種	加入年月日	申込日における 本俸月額	会員の 認 印	備 考
H S T		年 月 日	1 = 男 2 = 女		年 月 日			
住所 郵便番号 県 郡市 町村 番地 電話 ()								
銀行名	店番	支店名	普 ・ 当	口座番号	名 義			
					(フリガナ)			

2. 異 動

氏 名	異 動 事 項	異動後引継 ぎ年月日	年 月 日	新	加入施設団体番号	名 称	職員番号
			異動時 年月日	年 月 日	旧		

会 員 家 族 届

家				族		
本人との 続 柄	氏名	性別	生年月日	互助会加入 有 無	施設・団体名	施設・団体番号
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		
		1 = 男 2 = 女	R・H S・T 年 月 日	有 無		

注 ・家族欄には、会員の配偶者、親と子、配偶者の親について記入して下さい。
 ・1部控とし、本会へ1部提出して下さい。

台帳記入 年 月 日	年 月 日	係員 ㊟
---------------	-------	--