

都道府県・指定 子連受付日		都道府県・指定都市子連使用欄
		契約者コード

申込日現在の状況で記入願います。
申込後に変更が生じた場合は<共済様式>
O8変更届をご提出願います。

代表者が自署の場合は
押印不要です。

共済契約申込書

団体名 (市区町村等子連)	文京市子ども会育成連絡協議会	
(フリガナ) 代表者	フンキョウ タロウ 文京 太郎 印	
団体住所	〒 000-1111 子ども県文京市大塚町1-1 文京市教育委員会内	
連絡先電話番号	0XX1-23-4567	
書類送付先住所	〒 000-1111 子ども県文京市大塚町1-5	
宛 名	共済花子様方	
連絡先電話番号	0XX1-23-4560	
連絡用メールアドレス	hanako@kodomo-kai.net	

団体住所と書類送付先が異なる場合に記入願います。

個人宅の場合は必ず記入願います。

共済約款を承認し、次のとおり共済契約を申し込みます。

1. 申込日 令和 〇 年 3 月 25 日

2. 被共済者の加入予定人数 3,000 名

3. 共済掛金等の予定金額

共 済 掛 金	50円	×	予定人数	=	合計金額
全 子 連 運 営 費	20円	70	3,000	=	210,000
		円			円

4. 共済証書交付の有無

どちらかに✓してください。✓がない場合は共済証書の交付はいたしません。

- 共済証書の交付を希望します。
 共済証書の交付を希望しません。

以上

【注意事項】

[4月1日加入]

- ① 本様式(共済契約申込書)を3月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
- ② 次の書類を5月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
 - (1) 加入申込書 <共済様式>O3
 - (2) 加入者名簿2 <共済様式>O4
 - (3) 年間行事計画書 <共済様式>O5
- ③ 5月末日までに共済掛金等を都道府県・指定都市子連に振込み願います。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。