

# 全教共済 総合共済加入申込書

毎月 15 日締切で翌月 1 日よりが共済期間となります。

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 申込日： | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|

|                      |                                                                                                                                                      |         |       |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 個人番号<br>(職員番号)       |                                                                                                                                                      | 職場      | 学校    |
| フリガナ<br>氏 名          |                                                                                                                                                      | 性別      | 男 ・ 女 |
| 生年月日                 | 西暦 年 月 日                                                                                                                                             |         |       |
| 結婚年月日                | 西暦 年 月 日<br>(結婚記念日祝金のご案内に使用します)                                                                                                                      |         |       |
| 連絡先                  | 住所 (〒 - )                                                                                                                                            |         |       |
|                      | 自宅電話                                                                                                                                                 |         |       |
|                      | 携帯電話                                                                                                                                                 |         |       |
| 紹介者欄<br>(全教共済加入者に限る) | 氏 名                                                                                                                                                  | (職場名： ) |       |
| 掛金支払方法<br>(希望に○を)    | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 学校生協を通じての引き去り (高知県学校生活協同組合の加入者対象)</li><li>・ 労働金庫口座引落 → 口座開設は四国労働金庫の県内各支店へご相談を</li><li>・ ゆうちょ銀行口座引落</li></ul> |         |       |

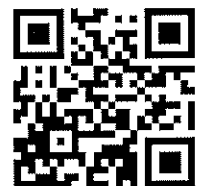
※申込書にご記入いただいた個人情報は、ご契約の締結・維持・管理、共済会の給付に使用するほか全日本教職員組合や全教自動車保険のご案内のために利用することがあります。これ以外の目的で利用したり、第三者に提供したりすることはありません。

## 申込用紙送付先及びお問い合わせ先

〒781-0850 高知市丸ノ内 2 丁目 1 - 1 0 高知城ホール 3 階  
高知県教職員共済会

TEL:088-822-4135 FAX:088-823-2355

申込書の写真データをメール添付の場合はこちらのQRコードから→



※高知県教職員共済会は高知県教職員組合 (高知県高等学校教職員組合含む) が運営する共済会です。