

# 入会申込書

年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会長 殿

ふりがな		
事業所名		
事業主または 事業所を代表する者		
所在地	〒	
電話番号		
被保険者数	名	
会費納入方法 (どちらか選択)	<input type="checkbox"/> 口座振替による納入 (入会年度は会費無料、次年度以降4月下旬自動引落)	
	<input type="checkbox"/> 現金による納入 (入会年度は郵便局払込、次年度よりコンビニ払込)	

※この入会申込書にご記入いただきました情報は、当協会事業以外の目的には使用いたしません。

## 【規模別会費年額】

規模別 (被保険者数)		金額 (年会費)
10人未満		3,500円
10人以上	30人未満	5,500円
30人以上	50人未満	6,500円
50人以上	70人未満	7,500円
70人以上	100人未満	10,000円
100人以上	300人未満	16,000円
300人以上	500人未満	24,000円
500人以上	700人未満	32,000円
700人以上	1,000人未満	40,000円
1,000人以上	3,000人未満	45,000円
2,000人以上		60,000円

FAX 送信先

0952-26-3377

一般財団法人 佐賀県社会保険協会

〒840-0816 佐賀市駅南本町6-4  
佐賀中央第一生命ビル9階  
TEL 0952-26-3171  
FAX 0952-26-3377