

# 神奈川県市町村職員賠償責任保険 加入依頼書 送付状

神奈川県市町村職員共済組合 御中

神奈川県市町村職員賠償責任保険にかかる加入依頼書を以下のとおり送付します。

保険開始日：令和 年 月 1 日分

- (新規) 加入依頼書+口座振替依頼書 \_\_\_\_\_ 名
- (新規) 加入依頼書のみ \_\_\_\_\_ 名
- 口座振替依頼書のみ \_\_\_\_\_ 名
- (継続) 加入依頼書 (加入内容の変更・住所変更・改姓) \_\_\_\_\_ 名
- 脱 退 \_\_\_\_\_ 名  
※定年退職者については、提出不要です。
- 団体契約加入者・被保険者内容変更依頼書 \_\_\_\_\_ 名  
※保険期間の途中で、住所変更・改姓等あった方のみご提出となります。

送付日：令和 年 月 日

所属所名：

担当部署名：

担当者名：

電話番号：