

様式①-1

株式会社全福サービス行き

- FAX 03-3258-8878 (FAX 後、全福へ郵送後コピーを各シルバーで保管)
- 郵送先 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8 NCO神田須田町 5F

「シルバー人材センターボランティア保険制度」加入者通知書

平成 年 月加入分につき、下記のとおり通知します。

保 険 契 約 者	公益社団法人全国シルバー人材センター事業協会		
加 入 セ ン タ ー 名			
住 所	〒		
ご担当者・ご連絡先	TEL		
加 入 会 員 数	名	保 険 料 合 計	円
保 険 期 間 (注)	平成30年 月 日 ~ 平成31年4月1日午後4時まで		
振 込 先	口座名 株式会社 全福サービス 銀行名 三井住友銀行 神田支店 普通2675761		
振 込 着 金 日	平成 年 月 日 (注)		

(注)中途加入の場合は、振込着金日の翌日より加入者の補償がはじまります。

加入者名簿 1

NO	加入会員名	主なボランティア活動の内容	保険料(円)
1			240円
2			240円
3			240円
4			240円
5			240円
6			240円
7			240円
8			240円
9			240円
10			240円

※上記項目が満たされていれば、別紙明細として別様式の名簿でも可
加入者が10名以上の場合、別紙へご記入ください

加入者名簿 2

NO	加入会員名	主なボランティア活動の内容	保険料(円)
11			240円
12			240円
13			240円
14			240円
15			240円
16			240円
17			240円
18			240円
19			240円
20			240円
21			240円
22			240円
23			240円
24			240円
25			240円
26			240円
27			240円
28			240円
29			240円
30			240円
合計保険料			_____円