

個別年金相談申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 あて

郵便番号

事業所所在地

事業所名

事業所電話番号

—

—

FAX番号

—

—

協会会員番号
(6 ケタ)

担当者氏名

相談申込者氏名	性別	年齢	年金加入記録 有・無	健康保険証記号番号又は 厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号
1	男・女		有・無	
2	男・女		有・無	
3	男・女		有・無	
4	男・女		有・無	
5	男・女		有・無	

【希望相談日時】 第1希望日 月 日 () 時 ~ 時

第2希望日 月 日 () 時 ~ 時

最寄駅から事業所までの交通機関と所要時間

交通機関名(鉄道)	駅名	交通機関名(バス)	バス停名	所要時間

※事業所までの案内図がある場合は、申込書と一緒に送付してください。

注意事項

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- 相談時間は、1人1時間程度、1事業所5名様までとさせていただきます。
- 該当欄に、必要事項をご記入のうえ、○印をお願いいたします。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名、または「振替払込請求書兼受領証」に記載されています6ケタの番号です。
- 健康保険証記号番号又は厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号欄は、事業所の記号番号(健康保険証の記号例:21140214-12又は厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号例:21AB-11)等を記入してください。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX 045-662-8441