

## 公務員賠償責任保険 中途加入申込書

令和 年 月 日

報告者 所属所名

担 当 者

|             |                |                |        |                    |    |           |   |     |   |   |
|-------------|----------------|----------------|--------|--------------------|----|-----------|---|-----|---|---|
| 組<br>合<br>員 | 所属所番号          |                | 組合員証番号 |                    | 自宅 | —         | — | 携帯  | — | — |
|             | (フリガナ)<br>自宅住所 |                |        |                    |    |           |   |     |   |   |
|             | (フリガナ)<br>氏 名  |                |        |                    |    |           |   |     |   |   |
|             | 性 別            | 生 年 月 日        |        | 補 償 プ ラ ン          |    | 加 入 希 望 日 |   | 備 考 |   |   |
|             | 男・女            | 昭・平<br>令 年 月 日 |        | A ・ B<br>(充実) (基本) |    |           |   |     |   |   |

※下記あてFAXでお願いいたします。

※保険料については、申込書受理次第ご連絡いたします。

(有)茨城 C・T・V サービス

水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館  
TEL 029-301-1616  
\* FAX 029-301-1617