

入会申込書

年 月 日

〒

事業所所在地

電話番号

(フリガナ)

事業所名称

事業主氏名

Ⓜ

被保険者数

名

担当者氏名

貴会の趣旨に賛同し入会を申込みます。

一般財団法人 大阪府社会保険協会長 殿

会 費

事業所の被保険者数	年 額
10人未満	3,600円
10人以上～30人未満	4,200円
30人以上～50人未満	5,600円
50人以上～100人未満	8,400円
100人以上～200人未満	13,000円
200人以上～300人未満	16,000円
300人以上～500人未満	20,000円
500人以上～1000人未満	24,000円
1000人以上～3000人未満	28,000円
3000人以上～	36,000円