

# 入会申込書

平成 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