様式第３号

被共済者名簿

会員番号	所在地		加入年月
	団体名		年　月

年　月　日

公益社団法人 沖縄県退職金支援共済会 御中

会員加入契約を締結し、下記のとおり被共済者の加入の申込みをいたします。

記

（基本＝基本掛金、過去＝過去勤務）

被共済者番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	住　所	生年月日				性別	職種	採　用				共済制度掛金口数			施設制度掛金口数
			号	年	月	日			号	年	月	日	基本	過去	計	
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							
			1 2				1 2	1 2	1 2							

（注）①生年月日及び採用の年号は、1･･･昭和、2･･･平成、②性別は、1･･･男性、2･･･女性、③職種は、1･･･役員、2･･･職員です。（記入は○印で囲んでください）