

被共済者集計表

申込日

西暦 2025 年 4 月 1 日

申込区分

1.新規 2.追加

契約番号

フリガナ

カブシキガイシャ キギョウキョウサイ

企業名

株式会社 企業共済

代表者名

フリガナ キョウサイ タロウ
共済 太郎

契約者印(代表者印)

株式会社 企業共済



代表社印をご捺印ください。
※角印は可。
シャチハタは不可です。

加入コース	1名あたりの月額共済掛金
標準コース (商品Ⅰ)	2,000円
お手軽コース (商品Ⅴ)	1,200円
充実コース (商品Ⅰ②)	3,000円
傷害死亡コース (商品Ⅳ)	2,000円

×

被共済者数	
1	人
1	人
	人
	人
	人

=

小計		
ア	2,000	円
イ	1,200	円
ウ		円
エ		円
オ		円

ア～オ合計

小計
3,200
円

※この用紙は弊会で確認後、複写をご返却いたします。