

神戸市職員共助組合 御中

積立年金保険
(拠出型企業年金保険)
在職中任意一時積増申込書

▶必要に応じて組合員様にて写しをおとりください◀

団体名	神戸市職員共助組合
団体コード	32161760114
職員番号	

申込締切日	令和6年 11月 15日
加入日	令和7年 1月 1日
申込日	令和6年 月 日

※申込日の記入のない場合には、
申込締切日を申込日として取り扱います。
私は拠出型企業年金保険についてパンフレット等説明資料・
契約概要・注意喚起情報等を受領し、内容を確認・承知のうえ、
申込内容が自らの意向に沿ったものであることを確認して、一時
積増を申込みます。また、個人情報の取扱いについても、説明
資料等の記載内容を承知し、同意いたします。
また申込日現在健康で正常に就業しています。

氏名	フリガナ(姓)	(名)
	漢字(姓)	(名)

※必ず姓名をご記入ください。

性別	生年月日	申込一時積増額				
1 男	3 昭和 年 月 日				万	円
5 女	5 平成				0 0 0 0	



※一時積増は10万円～2,000万円までの金額(1万円単位)での申込みをお願いします。
※一時積増額には、保険事務費が約1.3%必要です。
早期に脱退された場合、積立金額(脱退一時金額)が払込合計額を下回る場合があります。

お申込み内容に訂正がある場合は、必ず訂正印を押印願います。

申込書提出先	●神戸市職員共助組合 ☎322-5099・内線 954-2568 庁内メール番号 9-2
--------	---

✂ 切り取り線 ✂

記入例

① 申込日をご記入ください。

② 職員番号をご記入ください。

③ カナ・漢字氏名をご記入ください。

④ 性別・生年月日をご記入ください。

⑤ 申込金額を10万円以上1万円単位でご記入ください。

⑥ 申込印を押印ください。(認印・スタンプ印可)