

東神戸医療互助組合 加入申込書

東神戸医療互助組合
理事長 三木 美恵子 殿

記入日 2026 年 6 月 1 日

私は加入金 1,000円を添えて貴組合に加入を申し込みます。

お な ま え		続柄	性別	生 年 月 日
フリガナ なまえ	コウベ タロウ 神戸 太郎	本人	男・女	大昭和令 40 年 (西暦 1965 年) 8 月 8 日 生
住 所	〒654-0000 神戸 市 住吉 区 住吉南 町・通・台 2 丁目 1-1 「マンション(建物)名」 住吉コーポラス 2 号棟 101 号		TEL 078-851-0000 携帯電話 090-0000-0000	
緊急連絡先	フリガナ おなまえ	続柄	性別	TEL
	コウベ ハジメ 神戸 一	兄	男・女	090-0000-0000
同居のご家族	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
	コウベ ハナコ 神戸 花子	妻	男・女	大昭和令・西暦 1970 45 年 1 月 1 日
	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
	コウベ イチタロウ 神戸 一太郎	長男	男・女	大昭和令・西暦 2000 12 年 2 月 2 日
	フリガナ	続柄	性別	生 年 月 日
	コウベ リンカ 神戸 凛花	長女	男・女	大昭和令・西暦 2005 17 年 3 月 3 日

西暦と和暦はどちらでも構いません

この度は、ご加入頂き誠にありがとうございます。

差し支えなければ、裏面のアンケートにご協力をよろしくお願い致します。

【事務局記入欄】以下は記入しないでください

裏面へ

支部名/事業所名 () 受付者名 () 紹介者名 ()

住所コード	配達者コード&氏名	組合員番号	加入日	発行日	支部

＜キリトリ線＞

加入金受領証

____年____月____日

様

加入金として 1,000円、確かに受領いたしました。

※ 加入金の1,000円は返金されません。

東 神 戸 医 療 互 助 組 合

事務局記入欄

取扱者 _____ 印