

年間平均による保険者算定に係る同意者一覧表

所 属 所 名	
担 当 者 職 氏 名	
連 絡 先	

【留意事項】

- ・（様式2-1）で判定”○”となった組合員のうち、年間平均による保険者算定をすることに同意した組合員を記載してください。
- ・産前産後休業により著しく報酬額が低くなる場合の保険者算定については本人申出に依るため記載不要です。（様式3-1）のみご提出ください。

N o	組合員証番号 (英数8桁)	氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		