

点線に沿って用紙左辺まで
切り取ってください。

点線に沿って切り離してください

点線に沿って用紙右辺まで
切り取ってください。

山折り

づけ面)

料金受取人払郵便

神田局
承認

8337

1 0 1 - 8 7 9 5

3 0 1

※封かん前に (のり
内容をご確認ください。

差出有効期間
2024年12月
15日まで有効
※切手不要

(受取人)
東京都千代田区神田駿河台3-2-11
日本労働組合総連合会

Wor-Qライフサポートクラブ事務局
Wor-Q共済係 行

山折り

山折り

お名前

ご住所

(のり面)



お手続き項目名にチェックを入れ、必要書類が揃っているかご確認の上、ご返送ください。

チェック

1.基本共済 (団体生命共済+慶弔共済)	<input type="checkbox"/>
2.団体生命共済 (オプション1)	<input type="checkbox"/>
3.総合医療共済 (オプション2)	<input type="checkbox"/>
4.賠償補償制度 (オプション3)	<input type="checkbox"/>
5.所得補償制度 (オプション4)	<input type="checkbox"/>
6.その他	<input type="checkbox"/>

づけ面)

(のり

山折り

点線に沿って用紙下辺まで切り取ってください。