共助会総合保険解約兼 退職互助医療保険契約申込書

JA福島共助会

受付日

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

●ご記入前に必ず、お読みください。
（1）本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。
（2）本書類提出後の解約の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
（3）解約日以降に発生した給付金については補償されません。
（4）退職互助医療保険の契約は「退職互助医療保険契約申込書」に必要事項をもれなくご記入いただきお手続きください。
●もしこれらの事項について事実をご記入にならなかったり、ご記入いただいた内容が事実と違っていたりした場合は、ご契約は解除または取消しとさせていただくことがあります。

【個人情報の取り扱い】ご契約・申込み内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報については、当会が退職互助医療保険契約の申込み引受判断、給付金等の支払、維持管理、各種サービスの提供・充実を行うために利用します。また、本契約に関する個人情報は、当会の他の商品・サービスの案内・提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。なお、「個人情報の取り扱い」の詳細は重要事項説明書をご確認ください。

▼　枠内のご記入をお願いします。

共助会様式15号−②
共助会会員用

共助会総合保険解約申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

私は、以下のとおり退職により共助会総合保険契約の解約申込みをいたします。

共助会総合保険契約者

会員コード		会員氏名		
団体コード	会員番号	フリガナ		印
		漢字		

退職日	退職時の年齢	所属団体の定年年齢	解約理由（どちらかに○をつけてください。）	
令和　　年　　月　　日 ※退職された日をご記入ください。社会保険の資格喪失日ではありません。	歳	歳	1. 定年退職・選択定年退職・退任・再雇用終了	2. 自己都合による退職

退職互助医療保険契約に伴う注意事項　※詳しくは重要事項説明書をご覧ください。

▼退職互助医療保険の契約ができる方は、共助会総合保険の解約理由が「退職」の方のみです。

▼積立期間が15年以上あり、解約（退職）時の年齢が50歳以上に到達していることが契約条件になります。

▼退職互助医療保険の保険期間は契約時より20年間となります。但し、60歳に到達していないときは、60歳（誕生月の翌月1日）からになります。
60歳に到達しているときは、契約後から20年間の保険期間となります。

▼退職互助医療保険契約の被保険者は会員ご本人と配偶者です。（配偶者は健康保険の被扶養者に限らず登録することができます。）

▼障がい認定等により公費助成を受けられる場合や健康保険、他制度からの付加給付を受けられる場合は、重複した給付は受けられません。
公費助成額または付加給付額を除いた額が給付対象となります。

▼退職互助医療保険契約に際して、保険料（積立金）や保険開始などわからないことがありましたらJA福島共助会（☎024-554-3512）にお問合わせください。

共助会使用欄

共助会総合保険			退職互助積立金		
解約年月	令和　　年　　月		積立開始年月	昭和・平成・令和　　年　　月	
			契約時チェック	□ 積立期間15年以上	□ 年齢50歳以上
共助会給付状況	脱退給付金(〜平成19年3月)		退職互助積立不足期間分一時払積立金計算		
無	有	円	会員区分	不足期間（月数）	ヶ月
	無	平成19年4月以降の契約者	1. 積立満了していない		
有	脱退給付金発生なし		5. 積立満了している	一時払積立金払込額	円

団体名（事業所名）　　㊞

事務局長	検証	起案

退職互助様式3号
共助会会員用

退職互助医療保険契約申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

貴会の退職互助医療保険の契約に際し、「重要事項説明書」の内容をすべて了承するとともに、退職互助医療保険約款およびこの「退職互助医療保険契約申込書」に記載された事項を確認のうえ、次のとおり保険契約を申込みます。また、申込みの被契約者会員は、この申込みの引受および給付金支払いの場合に必要な貴会の照会に対し診療医または医療保険機関が事実を報告し、貴会が申込み内容について事実確認しても異議ありません。

私は、退職互助医療保険の契約をいたしたく以下のとおり申込みいたします。

共助会会員コード		会員氏名	申込兼重要事項説明を受領し確認しました。（個人情報取扱同意）印	契約時の年齢
団体コード	会員番号			歳

会員区分		退職互助積立不足期間分一時払積立金計算				
1. 一時払積立金払込者（積立期間を満了していない方）	5. 積立満了者	退職時標準報酬月額　円 ×	1. 定年・選択定年・退任・再雇用終了による退職 9/1000	2. 自己都合による退職 11/1000	× 不足期間　ヶ月 =	一時払積立金　円

共助会使用欄	退職互助会員コード		契約年月	給付開始制限	給付開始年齢	保険開始年月	保険終了年月
	団体コード	会員番号	令和　　年　　月	1. 有　2. 無	歳	令和　　年　　月	令和　　年　　月

契約者会員本人

フリガナ		性別	★退職後の健康保険 ※保険証の写しを裏面に添付してください。
氏名		男・女	1. 国保　2. 協会けんぽ　3. 健保組合・共済組合
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		上記「3.健保組合・共済組合」の場合、健康保険名を記入してください。
所得区分	ア（上位所得）　イ　ウ（一般所得）　エ　オ（低所得）		健康保険組合
障がい認定・特定疾患などの公的認定・医療費助成について	1. なし　2. あり ※「公費負担・助成制度該当申出書（様式11号）」を一緒にご提出ください。（過去に提出された方も改めてご提出ください。） ※上記「2.あり」の場合具体的にご記入ください。		共済組合
			※健康保険や他制度から医療費の付加給付を受けられる場合は当会からの二重給付はできないため付加給付額を除いた額までとなります。

▼配偶者の有無確認　有（記入必須）・無（記入不要）　※扶養外の配偶者も対象になりますので、配偶者有無確認が「有」の方は必ず記入してください。

配偶者会員

フリガナ		性別	★退職後の健康保険 ※保険証の写しを裏面に添付してください。
氏名		男・女	1. 国保　2. 協会けんぽ　3. 健保組合・共済組合
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		上記「3.健保組合・共済組合」の場合、健康保険名を記入してください。
所得区分	ア（上位所得）　イ　ウ（一般所得）　エ　オ（低所得）		健康保険組合
障がい認定・特定疾患などの公的認定・医療費助成について	1. なし　2. あり ※「公費負担・助成制度該当申出書（様式11号）」を一緒にご提出ください。（過去に提出された方も改めてご提出ください。） ※上記「2.あり」の場合具体的にご記入ください。		共済組合
			※健康保険や他制度から医療費の付加給付を受けられる場合は当会からの二重給付はできないため付加給付額を除いた額までとなります。

現住所

郵便番号	フリガナ
―	都道府県　　市区町村
フリガナ	

電話番号（ハイフンを含めて市外局番から記入してください。）	メールアドレス（当会からのお知らせメール配信を申込む方はご記入ください。）
	@

給付金振込先口座

給付金振込先金融機関名（JA名）		振込先金融機関店舗名	金融機関証明印
JA		本店・本所 支店・支所	印
金融機関コード	店舗コード	口座番号（右詰めで記入してください。）	

※給付金振込先金融機関から証明印を受けてください。
※通帳の写しを添付することで金融機関証明印を省略することができます。

記　入　例

共助会総合保険解約申込書

共助会総合保険契約者

会員コード		会員氏名	
団体コード	会員番号	フリガナ	キョウジョカイ　タロウ
1 9 0 0 0	1 2 6	漢字	共 助 会　太 郎

共助会

退職日	退職時の年齢	所属団体の定年年齢	解約理由（どちらかに○をつけてください。）	
令和 5 年 3 月 31 日 ※退職された日をご記入ください。社会保険の資格喪失日ではありません。	62 歳	65 歳	1. 定年退職・選択定年退職・退任・再雇用終了	2. 自己都合による退職

社会保険の資格喪失日ではなく、
実際に退職された日をご記入ください。

「3.健保組合・共済組合」に該当する場合は、必ず健康保険名をご記入ください。
また、健康保険、他制度からの付加給付を受けられる場合は、重複した給付は受けられません。付加給付額を除いた額が給付対象となります。

退職互助医療保険契約申込書

共助会会員コード		会員氏名		契約時の年齢
団体コード	会員番号		申込兼重要事項説明を受領し確認しました。（個人情報取扱同意）印	
1 9 0 0 0	1 2 6	共 助 会　太 郎	共助会	62 歳

会員区分	
1. 一時払積立金払込者（積立期間を満了していない方）	5. 積立満了者

退職互助積立不足期間分一時払積立金計算

退職時標準報酬月額			不足期間		一時払積立金
410,000 円	×	1. 定年・選択定年・退任・再雇用終了による退職 9/1000 2. 自己都合による退職 11/1000	× 10 ヶ月	=	45,100 円

所得区分については右表を参照ください。

契約者会員本人

フリガナ	キョウジョカイ　タロウ	性別	★退職後の健康保険 ※保険証の写しを裏面に添付してください。
氏名	共 助 会　太 郎	男・女	1. 国保　2. 協会けんぽ　3. 健保組合・共済組合
生年月日	昭和・平成　36 年 3 月 10 日		上記「3.健保組合・共済組合」の場合、健康保険名を記入してください。
所得区分	ア　イ（上位所得）　ウ（一般所得）　エ　オ（低所得）		健康保険組合　共済組合
障がい認定・特定疾患などの公的認定・医療費助成について	1. なし　2. あり ※「公費負担・助成制度該当申出書（様式11号）」を一緒にご提出ください。（過去に提出された方も改めてご提出ください。） ※上記「2.あり」の場合具体的にご記入ください。		※健康保険や他制度から医療費の付加給付を受けられる場合は当会からの二重給付はできないため付加給付額を除いた額までとなります。

▼配偶者の有無確認　有（記入必須）・無（記入不要）　※扶養外の配偶者も対象になりますので、配偶者有無確認が「有」の方は必ず記入してください。

配偶者会員

フリガナ	キョウジョカイ　ハナコ	性別	★退職後の健康保険 ※保険証の写しを裏面に添付してください。
氏名	共 助 会　花 子	男・女	1. 国保　2. 協会けんぽ　3. 健保組合・共済組合
生年月日	昭和・平成　39 年 9 月 20 日		上記「3.健保組合・共済組合」の場合、健康保険名を記入してください。
所得区分	ア　イ（上位所得）　ウ（一般所得）　エ　オ（低所得）		市町村職員　健康保険組合　共済組合
障がい認定・特定疾患などの公的認定・医療費助成について	1. なし　2. あり ※「公費負担・助成制度該当申出書（様式11号）」を一緒にご提出ください。（過去に提出された方も改めてご提出ください。） ※上記「2.あり」の場合具体的にご記入ください。 障がい認定 3級		※健康保険や他制度から医療費の付加給付を受けられる場合は当会からの二重給付はできないため付加給付額を除いた額までとなります。

現住所

郵便番号	フリガナ		
9 6 0 - 0 2 3 1	フクシマ　福 島	都道府県	フクシマ　福 島　市区町村

フリガナ　イイザカマチヒラノアザサンマイオサ

飯坂町平野字三枚長1ー1

電話番号（ハイフンを含めて市外局番から記入してください。）	メールアドレス（当会からのお知らせメール配信を申込む方はご記入ください。）
0 2 4 - 5 5 4 - 3 5 1 2	kyojokai　@　alto.ocn.ne.jp

給付金振込先口座

給付金振込先金融機関名（JA名）	振込先金融機関店舗名	金融機関証明印
JA　ふくしま	JAビル　本店・本所　支店・支所	JA ふくしま JAビル

金融機関コード	店舗コード	口座番号（右詰めで記入してください。）
1 2 3 4	5 6 7	0 1 2 3 4 5 6

障がい認定などの公的認定・医療費助成に該当する場合は、必ずご記入ください。
また、「公費負担・助成制度該当申出書（様式11号）」を一緒にご提出ください。

通帳の写しを添付することで、
金融機関証明印を省略することができます。

所得区分について

所得区分は、**医療費が高額療養費に該当した場合に使用する区分**になります。
健康保険の種類によって、それぞれ条件が異なりますので、下表にてどの区分になるかご確認ください。
ただし、当会にご報告いただく際は、**下表の「共助会所得区分」によりご報告いただくことになります。**

※令和5年9月現在

共助会所得区分	所得区分	健康保険の種類		
		任意継続健康保険	協会けんぽ・共済組合など	国民健康保険（70歳未満）
上位所得	ア	—	被保険者本人の標準報酬月額が83万円以上	同一世帯の全ての国保被保険者の国民健康保険税算定に用いられる基礎控除後の所得合計額が901万円を超える場合。
	イ	—	被保険者本人の標準報酬月額が53万～79万円	同一世帯の全ての国保被保険者の国民健康保険税算定に用いられる基礎控除後の所得合計額が600万～901万円以下の場合。
一般所得	ウ	退職時の標準報酬月額が28万円以上の場合	被保険者本人の標準報酬月額が28万～50万円	同一世帯の全ての国保被保険者の国民健康保険税算定に用いられる基礎控除後の所得合計額が210万～600万円以下の場合。
	エ	退職時の標準報酬月額が26万円以下の場合	標準報酬月額が26万円以下	同一世帯の全ての国保被保険者の国民健康保険税算定に用いられる基礎控除後の所得合計額が210万円以下の場合。
低所得Ⅱ	オ	住民税非課税世帯	住民税非課税世帯	同一世帯の全ての国保被保険者および世帯主が住民税非課税または免除されている世帯。

※ こちらに、退職後に使用するご本人と配偶者の「健康保険証の写し」を必ず添付してください。

共助会使用欄

本人	配偶者
健康保険被保険者証の写し ※ 退職後の健康保険被保険者証の写しはこちらにのり付けしてください。	健康保険被保険者証の写し ※ 本人退職後の健康保険被保険者証の写しはこちらにのり付けしてください。

退職互助医療保険　重要事項説明書（契約概要）
～ご契約のお申込みにあたって～

この「退職互助医療保険　重要事項説明書（契約概要）」には、ご契約の内容などに関する重要な事項のうち、特にご確認いただきたい事項を記載しております。ご契約前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みいただきますようお願いいたします。
本書面はご契約に関するすべての内容を記載しているものではありません。給付金などのお支払事由・制限事項・保険用語の説明等の詳細につきましては約款等をご参照ください。（当会ホームページ〔http://ja-kyojokai.or.jp/〕からもご参照いただけます。）また、ご不明な点につきましては当会までお問合わせください。

JA福島共助会の目的と保険の仕組み

【ＪＡ福島共助会の目的】　当会は、役職員等の相互共済と福祉の増進を図るとともに、医師・看護師養成に関する事業への助成及び保健・医療・福祉に関する教育啓蒙事業を行うことを通じ、農林漁業者の社会的、経済的地位の向上に寄与することを目的とし事業を行っております。

【退職互助医療保険の仕組み】　この保険商品は、一般財団法人福島県農協役職員共助会の加入団体に従事していた役職員等の退職者のみを契約対象にした医療保険です。被保険者は、退職者およびその配偶者です。主に、退職後被保険者の医療費が発生した場合に20年間医療給付金を受けられる保険となっております。なお、退職互助医療保険は、現職中に共助会総合保険を契約した役職員等が保険料を積立し、退職時に保険料を一括払込していただく仕組みとなっております。

①給付金について

（1）給付金の内容

給付金の種類	対　象　者	支　払　事　由	給　付　金　額
医療給付金	**契約者会員、その配偶者** （但し、退職時に登録された配偶者に限ります。）	**保険診療に該当する医療費の支払いが発生したとき**	**病院分：保険適用分から一部負担額（3,000円）を差し引いた額に給付率を乗じた額。** **薬局分：保険適用分に給付率を乗じた額。** 注1　給付率は契約者会員が100%、配偶者は85%です。 注2　診療月1ヶ月の医療給付金上限額は世帯で44,400円です。 注3　支払い時に振込手数料（JA60円・他行実費）を差し引いて給付します。
香　　典	**契約者会員、その配偶者** （保険期間が開始されていない場合は会員本人に限ります。） （退職時に登録された配偶者に限ります。）	**死亡したとき**	**会員一人につき10,000円**

（2）給付金をお支払いできない場合

当会は次に該当する事由によって生じた損害に対しては、給付金を支払いません。

■契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が、保険金請求その他に関し、不正の事実があったとき。
■戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変又は暴動があったとき。
■公費負担又は助成制度等（健康保険の高額療養費や付加給付など）で医療費が支給された部分については給付金を支払いません。

②保険期間について

この保険の保険期間は、60歳前に退職した場合は、60歳の誕生日を迎えた翌月の1日から20年後に応当する前日までを保険期間とします。
また、60歳以降に退職した場合は、退職した月の翌月の1日から20年後に応当する前日までを保険期間とします。

③引受条件について

当会の保険は、一般財団法人福島県農協役職員共助会の共助会総合保険の契約者で退職互助積立をしていた役職員に限りご契約いただくことができます。共助会総合保険契約者は、このたびの退職互助医療保険契約で、会員ご本人様および配偶者がご契約いただけます。配偶者はご契約時に登録された方に限ります。

④保険料に関する事項

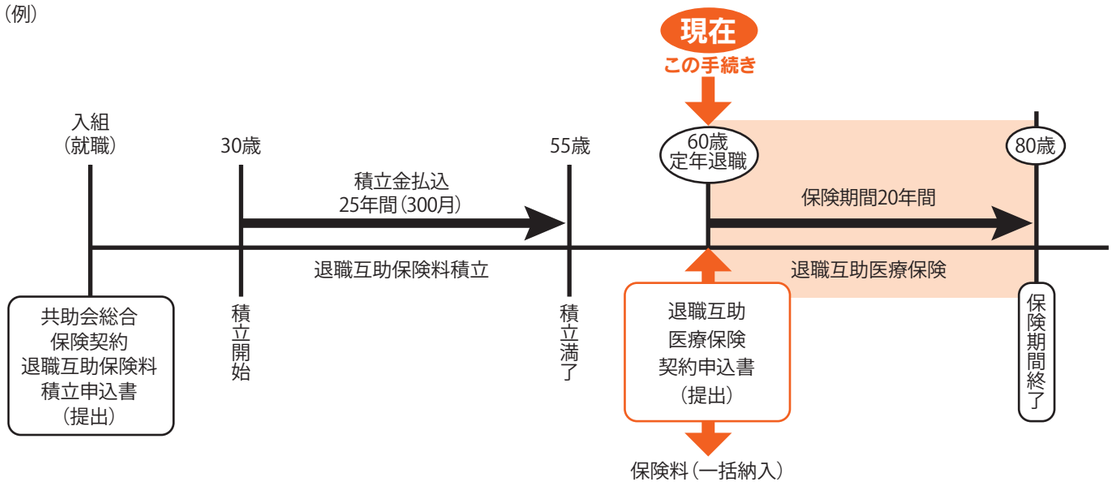
（1）払込いただく保険料

共助会総合保険の契約者会員が30歳の誕生日を迎えた翌月より標準報酬月額に11/1000を乗じて算出し、25年間(300月)払込いただいた保険料を積立して退職時の退職互助医療保険契約時に保険料として一括納入していただきます。

（2）保険料・積立金の払込イメージ

○30歳の誕生日を迎えた翌月より積立金を25年間（300月）払込いただき、60歳の誕生日を迎えた翌月に積立金を保険料として一括納入していただきます。（30歳以上の方は、積立申込み月から払込いただきます。）
○退職時の年齢が50歳以上かつ15年（180月）以上の積立金があれば退職互助医療保険の契約はできますが、その際に積立金の不足期間がある場合は、不足分を一時払積立金として払込いただくことになります。

（例）



（3）保険料払込経路

共助会総合保険契約時に月払いで積立した保険料を退職時に一時払保険料といたします。

⑤解約時（または死亡時）の返戻金

■退職互助医療保険待機者（保険期間の開始前）の解約（または死亡）
○退職互助医療保険の返戻金・・・当会が所定の方法により計算した金額をお支払いします。
■退職互助医療保険契約者（保険期間中）の解約
○退職互助医療保険の返戻金・・・当会が所定の方法により計算した金額をお支払いします。
※**保険期間が開始されてからお亡くなりになった場合、返戻金は発生しません。**

ご契約内容確認事項（意向確認事項）

お申込みに際し、以下の事項について再確認ください。
ご契約の内容が、お申込み会員様のご希望どおりになっていることを確認させていただくため、
以下の項目について、再度ご確認のうえ、お申込みくださいますようお願いいたします。

◎給付金の種類・内容、給付金が支払われる主な事由
◎給付金額、保険期間、対象となる方
◎保険料（一括納入）
◎退職互助医療保険契約申込書等の記入項目等は正しく記入いただいていますか。

JA福島共助会

退職互助医療保険　重要事項説明書（注意喚起情報）
～ご契約のお申込みにあたって～

この「退職互助医療保険　重要事項説明書（注意喚起情報）」には、ご契約の内容などに関する重要な事項のうち、特にご確認いただきたい事項を記載しております。ご契約前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みいただきますようお願いいたします。
本書面はご契約に関するすべての内容を記載しているものではありません。給付金などのお支払事由・制限事項・保険用語の説明等の詳細につきましては約款等をご参照ください。（当会ホームページ〔http://ja-kyojokai.or.jp/〕からもご参照いただけます。）また、ご不明な点につきましては当会までお問合わせください。

① クーリング・オフ制度について

保険契約の申込日と保険契約の申込みの撤回又は解除に関する事項を記載した書面を交付された日とのいずれか遅い日から起算して**８日以内**に当会宛てに発信した書面によって、当該当保険契約のクーリング・オフを行うことができます。

② 告知義務・通知義務について

この保険契約は、一般財団法人福島県農協役職員共助会の共助会総合保険を契約し退職互助医療保険契約のため保険料を積立していた役職員が退職する時に被保険者としてご契約いただけます。保険契約締結の際の**告知義務はありません。**締結した保険契約の内容に変更が生じたときは、速やかに当会まで通知をお願いします。

③ 責任開始日（契約日）について

当会所定の申込書を当会が受領し、申込みについて当会が承諾した場合には、承諾した日から保険契約上の責任を負います。また、当会の責任が開始される日を**契約日**とします。

④ 公費負担又は助成制度等に該当した場合

当会は、公費負担又は助成制度等（健康保険の高額療養費や付加給付など）で医療費が支給された場合、該当する金額を差し引いて支払います。お申し出がないことで過払いが発生した場合、**給付金の返還**をしていただくことになりますので、障がい認定等に該当した場合は速やかに当会へお申し出ください。

⑤ 給付金をお支払いできない場合

当会は次に該当する事由によって生じた損害に対しては、給付金を支払いません。
◆契約者会員（被保険者会員）の保険期間が開始前の事由発生保険金。
◆契約者会員（被保険者会員）や給付金受取人が、給付金請求その他に関し、不正の事実があったとき。
◆戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変又は暴動があったとき。

⑥ 保険料の払込方法、払込猶予期間・契約の失効について

契約者会員の保険料の払込は**一括払い保険料**とし、契約時にお支払いいただきます。
◆この保険における保険料払込猶予期間はありませんが、巨大災害等により保険料払込が困難であると当会が認めた場合は、**保険料払込猶予期間をその都度設定します。**その場合、保険料払込猶予期間中に生じた給付金の支払いについては、支払うものとします。
◆**保険料が払込期日まで払込がされなかった場合は、保険契約は失効します。**

⑦ 解約返戻金について

◆退職互助医療保険の解約は、当会が所定の方法により計算した金額をお支払いします。
◆保険期間が開始されてからの契約者ご本人様の死亡の場合の返戻金は、発生いたしません。

⑧ 解約の再契約

保険契約を解約した時は、再契約できませんのでご注意ください。

⑨ 当会が経営破綻した場合の措置について

損害保険会社又は生命保険会社が万が一経営破綻した場合には、それぞれの保険契約者保護機構により資金援助を受けることが出来ますが、認可特定保険業は保険契約者保護機構の対象ではありません。そのため、当会が万が一経営破綻した場合には、保険契約者保護機構が行う資金援助等の措置はありません。あらかじめご了承いただいた上で、保険契約をお申込みいただきますようお願い申しあげます。

⑩ 保険期間中の保険金額の変更について

◆当会は、その業務又は財産の状況に照らして、特定保険業の継続が困難になる蓋然性がある場合には、当会の定めるところにより保険金額を減額する変更を行うことがあります。

⑪ 個人情報の取り扱いについて

当会は、個人情報保護に関する法律その他関係法令の定めを遵守するとともに、以下の方針に基づいて個人情報を適切に取り扱います。
◆個人情報の利用
　当会は、ご契約内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報については、当会が退職互助医療保険契約引受の判断、給付金等の支払、退職互助医療保険契約の継続・維持管理、各種サービスの提供・充実を行うために利用します。また、当会の他の商品・サービスの案内・提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。なお、業務を委託する場合は、より個人情報に配慮したものとします。
◆個人情報の取得
　当会は、適法かつ公平な手段により個人情報を取得します。
◆個人情報の提供
　当会は、法令に定める場合等を除き事前に本人の同意を得ることなく、第三者に提供いたしません。
◆個人情報の管理
　当会は、個人情報を利用目的の範囲内で正確・最新の内容を保つように努めています。
　また、個人情報の紛失・破壊・改ざん・漏洩・不正アクセスなどを防止するために必要な安全対策を講じます。
◆個人情報の開示・訂正・利用停止・削除
　当会は、法令に基づき、本人の求めに応じて保有する個人情報の開示、訂正等に対応いたします。
◆体制
　当会は、役職員に対して個人情報保護及び適正な管理方法について教育啓蒙活動を実施し、個人情報の適切な管理に努めています。
◆個人情報保護に対する継続的取り組み
　当会は、個人情報の適切な保護と利用が図られるよう、継続的に個人情報保護への取り組みについて、見直し、改善を行ってまいります。

⑫ ご相談・苦情・お問合わせは・・・

下記の電話・FAXまたは電子メールにてご連絡ください。

一般財団法人　福島県農協役職員共助会（JA福島共助会）
電話番号：024−554−3512　FAX番号：024−554−3510
電子メール：kyojokai@alto.ocn.ne.jp

請求方法等の確認や定款または用紙等のダウンロードなどにつきましては、当会のホームページをご利用ください。
（ホームページアドレス：http://ja-kyojokai.or.jp/）

JA福島共助会