

高松市中小企業 被共済者異動届 勤労者福祉共済事業

届出年月日	4 平成		年		月		日
-------	------	--	---	--	---	--	---

高松市長 殿

加入者 加入者番号

--	--	--	--	--

住 所

事業所名

代表者氏名

(印)

被共済者 被共済者番号

--	--	--	--	--

被共済者氏名

(印)

1	加入・追加の場合記入してください。															
被共済者	氏名	フリガナ 姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日		
	結 婚 年月日	3 昭和 4 平成	年	月	日	就 職 年月日	3 昭和 4 平成	年	月	日	加 入 年月日	※	年	月	日	
配 偶 者 お よ び 一 親 等 の 血 族 (親 族)	*	姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※
	*	姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※
	*	姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※
	*	姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※
	*	姓			名			性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※
2	変更の場合記入してください。															
	変 更 後						変 更 前									
被共済者	フリガナ 姓			名			フリガナ 姓			名						
配 偶 者 お よ び 一 親 等 の 血 族 (親 族)	*	姓			名			姓			名					
	*	姓			名			姓			名					
	*	姓			名			姓			名					
	*	姓			名			姓			名					
その他	の変更															

※印欄は記入しないでください。

3	資格喪失の場合記入してください。												
資格喪失 年月日	4 平成	年	月	日	資格喪失 理 由	1 退職・2 その他 ()						※	

※ 退職の場合は、退職日が資格喪失年月日となります。