

被共済者異動届(事業所間異動)

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

(宛先)高松市長

	【異動元】		【異動先】	
加入者	事業所番号	<input type="text"/>	事業所番号	<input type="text"/>
	住所		住所	
	事業所名		事業所名	
	代表者氏名		代表者氏名	

印

被共済者

被共済者番号

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		年	月	日		
	結婚年月日	年	月	日	就職年月日	年	月	日	加入年月日	※	年	月
配偶者及び親等の 血族(親族)	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日		年	月	日	続柄	※
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日		年	月	日	続柄	※
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日		年	月	日	続柄	※
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日		年	月	日	続柄	※
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日		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								
配偶者及び親等の 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		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。