

共済契約変更届 (太枠内は必ず記入してください)

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿

事業所番号(右づめ4ケ タでご記入ください。)	0 0 3 1
----------------------------	---------

ご担当者名 福利花子 問合せ先電話番号 045-0000-0000
--

*** 太枠以外、変更する項目のみ記入**

作成年月日	西暦 20×× 年 2 月 1 日
-------	-------------------

◆申込者(事業主)

フリガナ	シャカイフクシホウジン フクリカイ		
法人名*2	社会福祉法人 ふくり会		
フリガナ			
役職/代表者名	役職	代表者名	
法人所在地	〒		
変更年月日	西暦	年	月 日

◆施設・団体

フリガナ	フクリホイクエン			
施設又は団体名	福利保育園			
	TEL	045-0000-0000	Fax	045-0000-0000
フリガナ	エンチョウ	カンナイ コウエン		
役職/代表者氏名	役職	園長	代表者名	関内 宏遠
所在地	〒 220-0012	横浜市西区みなとみらい00-00-00		
変更年月日	西暦	20×× 年	2 月	1 日

注) 1 共済掛金の口座振替 (口座名義人) 及び短期給付金振込口座 (口座名義人) の変更がある場合は、

別途所定の届出が必要になりますのでご連絡 (045-263-6017) ください。

2 法人名の変更の場合、() で変更前の法人名もご記入ください。

※福利協会使用欄

常務理事	事務局長	事務局次長	事務局	主任
------	------	-------	-----	----

内容	電算処理
----	------

協会受付印

L

U U U