

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。)	
----------------------------	--

ご担当者名
問合せ先電話番号

*** 変更する項目のみ記載**

作成年月日	西暦	年	月	日
-------	----	---	---	---

◆ 申込者(事業主)

フリガナ				
法人名*2				
フリガナ				
役職/代表者氏名	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				
施設又は団体名				
	TEL		Fax	
フリガナ				
役職/代表者氏名	役職	代表者名		
変更年月日	西暦	年	月	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	承認	電算処理	協会受付印