

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

*** 太枠以外、変更する項目のみ記入**

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	〒			
変成年月日	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		
所在地	〒			
変成年月日	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
------	------	-------	-----	----

内容	電算処理
----	------

協会受付印
