

共済契約変更届

太枠内は必ず記入(入力)
太枠以外は、変更する項目のみ記入(入力)

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(カタカナ)
お問合せ先電話番号

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

◆申込者(事業主)

フリガナ				
法人名*2	(変更前:)			
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	(変更前:)			
	TEL		Fax	
フリガナ				
役職/代表者氏名	役職	代表者名		
所在地	〒			
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、施設又は団体名の変更の場合、変更前の法人名、施設又は団体名を()内にご記入ください。

※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
------	------	-------	-----	----

協会受付印

内容	電算処理
----	------