

被 共 済 者 証 紛 失 届

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

加 入 者 番 号

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

所 在 地

企 業 名

代 表 者 氏 名

担 当 課 (者)

TEL ()

下記の者は被共済者証を紛失し、返却できませんので宜しくお願いします。

| 被 共 済 者 番 号 | 氏 名 |
|-------------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※ 本共済で収集した個人情報、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。