

吹田市勤労者福祉共済被共済者追加届

令和 年 月 日

吹田市 長 へ

加入者番号

--	--	--	--	--	--

所在地 吹田市

企業名

代表者氏名



↑自署の場合は押印不要

担当課(者)

TEL ()

次のとおり被共済者の追加をお願いします。

氏名	事由	資格取得希望年月日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日

(注意) 1. 「被共済者カード」を必ず添付して下さい。

2. 事由とは、新規採用・市内事業所への転勤等です。

※ 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。