

吹田市勤労者福祉共済被共済者カード記載事項変更届

令和 年 月 日

吹田市 長 あて

加入者番号

--	--	--	--	--

所在地 吹田市

企業名 _____

代表者氏名 _____

担当課(者) _____ TEL () _____

下記のとおり変更(訂正)※ しましたのでお届けします。

変更年月日		令和 年 月 日										
被共済者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											氏名
新		旧										
フリガナ 氏名												
住所	〒	〒										
電話番号												
区分	事業主・役員・パート・ 常勤従業員・非常勤従業員・ その他 ()	事業主・役員・パート・ 常勤従業員・非常勤従業員・ その他 ()										
入社年月日	年 月 日	年 月 日										
親 族	続柄											
	氏名											
	生年月日	年 月 日										
その他 ()												

※ 変更(訂正)する項目のみ記入してください。

※ 本共済で収集した個人情報は、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。