吹田市勤労者福祉共済被共済者証再発行申請書

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　　（　　）

次のとおり被共済者証の再発行をお願いします。

被共済者番号			
フリガナ 被共済者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
再発行理由	紛失のため　・　破損のため　・　氏名等変更のため		

※ 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。