

参事	主幹	主査	係員	処理日
----	----	----	----	-----

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届けします。

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。