参　事	主　幹	主　査	係　員	処理日

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