

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		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。