

高松市中小企業 被共済者異動届 勤労者福祉共済事業

届出年月日	4 平成	年	月	日
-------	------	---	---	---

(宛先) 高松市長

加入者 加入者番号

住 所

事業所名

代表者氏名

印

被共済者 被共済者番号

被共済者氏名

印

1 加入・追加の場合記入してください。														
被共済者	氏名	フリガナ 姓 名				性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日		
	結婚年月日	3 昭和 4 平成	年	月	日	就職年月日	3 昭和 4 平成	年	月	日	加入年月日	※	年	月
配偶者及び親等の血族(親族)	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※		
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※		
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※		
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※		
	※	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	1 明治・2 大正 3 昭和・4 平成	年	月	日	続柄	※		
2 変更の場合記入してください。														
変 更 後						変 更 前								
被共済者	フリガナ 姓 名				フリガナ 姓 名									
配偶者及び親等の血族(親族)	※	姓	名					姓	名					
	※	姓	名					姓	名					
	※	姓	名					姓	名					
	※	姓	名					姓	名					
その他														

※印欄は記入しないでください。

3 資格喪失の場合記入してください。												
資格喪失年月日	4 平成	年	月	日	資格喪失理由	1 退職・2 その他 ()					※	

※ 退職の場合は、退職日が資格喪失年月日となります。