

# 記入例⑫

## 市中小企業 被共済者異動届 勤労者福祉共済事業

添付資料が必要です  
・被共済者証  
※紛失の場合は紛失届

届出年月日 令和 元 年 9 月 6 日

(宛先)高松市長

加入者 加入者番号 1 2 3 2 0

住所 高松市番町一丁目2番15号

事業所名 香川産業株式

代表者氏名 代表取締役 香

必ず、加入者番号、被共済者番号を記入してください。

被共済者 被共済者番号 0 0 1 7

被共済者氏名 徳島舞子

高松

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	年	月	日	※	年	月	日
	結婚年月日	年	月	日	就職年月日	年	月	日	加入年月日	※	年	月	日
配偶者及び一親等の 血族(親族)	*	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	年	月	日	続柄	*		
	*	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	年	月	日	続柄	*		
	*	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	年	月	日	続柄	*		
	*	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	年	月	日	続柄	*		
	*	姓	名	性別	1 男 2 女	生年月日	年	月	日	続柄	*		
2 変更の場合記入してください。													
被共済者	変 更 後						変 更 前						
	フリガナ 姓	名		フリガナ 姓	名								
配偶者及び一親等の 血族(親族)	*	姓	名	退職以外の理由により資格を喪失する場合は、その他に○をし、その理由をカッコ内に記入してください。									
	*	姓	名	例1：代表者就任 (代表者就任日が資格喪失日です。)									
	*	姓	名	例2：死亡 (死亡日が資格喪失日です。)									
	*	姓	名										
その他	「3」に○をしてください。												
3 資格喪失の場合記入してください。													
資格喪失年月日	令和	年	月	日	資格喪失理由	1 退職・2 その他 ( )						*	

※印欄は記入しないでください。

※ 退職の場合は、退職日が資格喪失年月日となります。