

被共済者異動届

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

(宛先)高松市長

加入者 事業所番号

--	--	--	--	--

住所

事業所名

代表者氏名

印

被共済者

被共済者番号

--	--	--	--

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		性別	1男 2女	生年月日	年	月	日	結婚年月日	就職年月日	加入年月日	※	年	月	日
	姓	名	姓													
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	※	年	月	日		
	※	姓	名	性別	1男 2女	生年月日	年	月	日	続柄	※	年	月	日		
	※	姓	名	性別	1男 2女	生年月日	年	月	日	続柄	※	年	月	日		
	※	姓	名	性別	1男 2女	生年月日	年	月	日	続柄	※	年	月	日		
	※	姓	名	性別	1男 2女	生年月日	年	月	日	続柄	※	年	月	日		

※印欄は記入しないでください。

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	
配偶者及び一親等の 血族(親族)	※	姓	名			姓	名		姓	名		
	※	姓	名			姓	名		姓	名		
	※	姓	名			姓	名		姓	名		
	※	姓	名			姓	名		姓	名		
その他	の変更						の変更					

3 資格喪失の場合記入してください。													
資格喪失年月日		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。