被共済者異動届（事業所間異動）

勤労者福祉共済事業

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

(宛先)高松市長

 【異動元】 【異動先】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

加入者 加入者番号　　加入者番号

 住　　　所 住　　　所

 事業所名 事業所名

 代表者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

被共済者

被共済者番号

被共済者番号

被共済者氏名

※印欄は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  加入・追加の場合記入してください。 |
| 被共済者 | 氏 名 | ﾌﾘｶﾞﾅ 　 |  | 性別 | １ 男２ 女 | 生年月日 |  | 年 | 月 | 日 |
| 姓 | 名 |
| 結 婚年月日 |  | 年 | 月 | 日 | 就 職年月日 |  | 年 | 月 | 日 | 加 入年月日 | ※ | 年 | 月 | 日 |
|  | ※ | 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 |  | ※ |
| ※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 |  | ※ |
| ２ |  変更の場合記入してください。 |
|  | 変 更 後 | 変 更 前 |
| 被共済者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  |   | ﾌﾘｶﾞﾅ  |   |
| 姓 | 名 | 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 |
| その他の変更 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ３ |  資格喪失（退職等）の場合記入してください。 |
| 事実発生年 月 日 |  | 年 | 月 | 日 | 資格喪失理 由 |  1 退職・2 その他（ ） | ※ |