

被共済者異動届

届出年月日			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

被共済者

被共済者番号

--	--	--	--

被共済者氏名

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		
	結婚年月日		年	月	日	就職年月日				年	月	日		
血族(親族) 配偶者及び一親等の	*	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									
血族(親族) 配偶者及び一親等の	*	姓	名	姓	名									
	*	姓	名	姓	名									
	*	姓	名	姓	名									
	*	姓	名	姓	名									
その他 の変更														

※印欄は記入しないでください。

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 ()				*