

福利厚生共済制度異動届書

平成 年 月 日

社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会会長 様

福利厚生共済制度の契約内容について、下記のとおり異動がありましたので届けます。

法人コード	施設コード

法人名
 施設住所
 施設名
 契約者名

事務担当者: _____

公印

電話番号: _____

加入 職員 異動 用	異動事項	1. 氏名	2. 職種		3. 委託金免除	4. 委託金再開	5. 施設の異動	6. 退会
	職員コード	氏名	印	異動事項番号	異動前	異動後	異動年月日	期間通算希望の有無
	(フリガナ)							有 → 前契約者名 無 ()
	(フリガナ)							有 → 前契約者名 無 ()
	(フリガナ)							有 → 前契約者名 無 ()
	(フリガナ)							有 → 前契約者名 無 ()
	(フリガナ)							有 → 前契約者名 無 ()

契約者 異動 用	異動事項	1. 法人の名称(種類)又は所在地	2. 施設・事務所の名称又は所在地	3. 契約者氏名	4. 施設の休止
	異動事項番号	異動前	異動後	異動年月日	備考

※契約者変更の際は、印鑑届書(様式第13号)を添付してください。