

氏名
被共済者 生年月日 変更(訂正)届
住所



令和 年 月 日

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

共済契約者 (事業主)	郵便番号	-					
	住所						
	名称						
	契約者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			-		
		-					

氏名
下記のとおり被共済者 生年月日 を、変更(訂正)したので共済手帳を添えてお届けします
住所

記

被共済者番号(手帳番号)

		-				
--	--	---	--	--	--	--

新	フリガナ			生 年 月 日	大正 平成 年 月	昭和 令和 日 生
	氏名					
	住所	〒 -			性 別	男性 女性

旧	フリガナ			生 年 月 日	大正 平成 年 月	昭和 令和 日 生
	氏名					
	住所	〒 -			性 別	男性 女性

(注) 本届は1部作成し、清退共支部に提出して下さい。
氏名変更・生年月日又は性別の訂正については、内容確認のため、必ずその事実を確認できる書類
戸籍抄本(謄)、住民票(マイナンバー記載のないもの)、運転免許証、年金手帳、健康保険証の写し等を添付してください。
(氏名を変更したときは、必ず旧名と新名が確認できる書類を添付してください。)
共済手帳の記載を訂正いたしますので、共済手帳を添付してください。