

共済契約者 住所 変更届
名称・代表者

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

令和 年 月 日

共済契約者番号

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

申請者 (共済契約者)	住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									ご担当部署
名称・代表者名	ご担当者	役職・氏名	電話番号								
			FAX番号								

(注) 変更後の共済契約者名等にてお届け下さい。

下記のとおり 住所 名称・代表者 が変更となったので共済契約者証を添えてお届けします。

記

新・旧欄には、**変更した箇所のみ**記入して下さい。

新	住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	フリガナ 名 称											
フリガナ 代表者名			電話番号									
			FAX番号									
旧	住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	フリガナ 名 称											
フリガナ 代表者名			電話番号									
			FAX番号									

共済契約者証交付希望枚数

枚

- (注) 1 住所、名称、代表者の変更の場合は、変更の事実が確認できる書類(登記簿の写し等)を添付してください。なお、電話・FAX番号のみの変更の場合は添付は必要ございません。
 2 住所変更の場合は、共済契約者証を提出する必要はありません。
 3 名称、代表者の変更の場合は、上記フリガナ欄も必ずご記入ください。
 4 昇格・独立等により役員報酬を受ける役員、または代表者になったときは被共済者として制度を継続することは出来ませんので、清退共支部にお申し出ください。

支部受付日付印