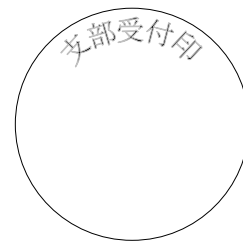


被共済者 氏名 変更(訂正)届
生年月日 住所



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 □□□-□□□□

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

記

被共済者番号(手帳番号) □□□-□□□□

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|-------|-------|--|-------|--|
| 新 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 1. 大正 | | 2. 昭和 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日生 | 3. 平成 | | 4. 令和 | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|-------|-------|--|-------|--|
| 旧 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 1. 大正 | | 2. 昭和 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日生 | 3. 平成 | | 4. 令和 | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | |

(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。
 (※)健康保険被保険者証のコピーの際は、記号・番号が読み取れないようにマスキングをしてください。
 (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。