

共済契約者氏名等変更届

令和 年 月 日

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会会長 様

受付日付印

次のとおり変更があったので届け出ます。

法人番号				共済契約者	氏名又は名称	⑩			
					主たる事務所の所在地	郵便番号	-		
					事務担当者氏名		連絡先	電話	-

1 共済契約者の変更事項

名称	新	(フリガナ)
変更年月日 令和 年 月 日		旧
主たる事務所の所在地	新	郵便番号 -
変更年月日 令和 年 月 日		旧

2 共済契約対象施設等の変更事項

施設番号			
名称	新		
変更年月日 令和 年 月 日		旧	
所在地	新	郵便番号 -	
変更年月日 令和 年 月 日		旧	
種類	新		
変更年月日 令和 年 月 日		旧	

〈添付書類〉共済契約対象施設等の種類を変更した場合のみ変更を証明する書類を添付してください。

- ◎ 変更年月日は、必ず記入してください。
- ◎ 法人代表者のみ変更の場合は、この届を提出する必要はありません。
- ◎ 複数の施設の住所等を変更する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。