年　　月　　日

会員及び同居家族に関する変更届

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンター会長　宛

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿/個人会員

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

旧氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記事項に変更がありましたので申し出ます。

変更後の内容　※変更箇所のみ記入									
住　所	〒								
電話番号					携帯番号				
同居家族	フリガナ		（増・減）		フリガナ		（増・減）		
	氏名				氏名				
	性別	男　女	続柄		性別	男　女	続柄		
	生年月日	年　月　日			生年月日	年　月　日			
	フリガナ		（増・減）		フリガナ		（増・減）		
	氏名				氏名				
	性別	男　女	続柄		性別	男　女	続柄		
	生年月日	年　月　日			生年月日	年　月　日			
	フリガナ		（増・減）		フリガナ		（増・減）		
	氏名				氏名				
	性別	男　女	続柄		性別	男　女	続柄		
	生年月日	年　月　日			生年月日	年　月　日			
変更の理由									

※変更箇所のみ記入してください。（ご住所変更でご家族が減られる場合も必ずご記入ください）
※給付金の申請事項がある場合は、給付申請書も併せて提出してください。

受付印