

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号

共済契約者名

代表者

(担当者氏名:)

(担当者連絡先:)

印

平成 年度掛金納付対象職員届の訂正について

先般提出しました掛金納付対象職員届について、内容に誤りがありましたので、次のとおり訂正をお願いいたします。

施設番号	職員番号	職員名	訂正項目	訂正前	訂正後

※ 4月1日に在籍している職員の人数に変更がある場合、掛金額が変動いたします。掛金額に追加があった場合には、各金融機関に備え付けの振込依頼書を用いて所定の銀行口座にお振り込み下さい。