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：　　）

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込みください。
なお、訂正に応じられない場合があります。

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：　　）

被共済職員加入届の訂正について

先般提出しました被共済職員加入届について、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