

共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書

(約款様式第10号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

次のとおり

届出区分	1	変更があったので届け出ます。
	2	再交付を申し出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

◎ ◎ ◎
 コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
 この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
 共済契約者名の変更をした場合及び共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合には、下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。

共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称				
		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. 共済契約者氏名又は名称・所在地の変更有無	有 (1に変更事項を記入してください) ・ 無
2. 施設名称・所在地・施設種類の変更有無	有 (2に変更事項を記入してください) ・ 無
3. 共済契約証書の再交付申出	理由 ()

※該当する番号に○をつけてください。また住居表示の変更等で共済契約者情報、施設情報の両方が変更された場合はそれぞれ記入をお願いします。

1. 共済契約者の変更事項

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

2. 共済契約対象施設等の変更事項

施設番号		種類コード				
名称 (変更年月日 年 月 日)	新					
	旧					
所在地 (変更年月日 年 月 日)	新	〒	-			
	旧					
種類	新					
	旧					

〈添付書類〉

- 共済契約者の名称を変更した場合、履歴事項全部証明書(写)を添付してください。
 - 共済契約対象施設等の種類を変更した場合、(所轄庁受理の「変更届」(写)を添付してください。
- ※上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等

〈記載上の留意点等〉

- 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際は、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。
- は記入しないでください。