

所属所番号 \_\_\_\_\_

所属所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

## 共済組合保険制度異動報告書

被保険者番号	氏名 (カタカナ)	保険種類 (異動分の保険料を記入してください)								保険料 合計	集金 事務費	払込金額	異動年月日	異動事由					退職 後 継続 加入	備考 (転入転出先・新氏名)			
		生活サポートプラン						つなぎ 積立*2	所得補償					転入	転出	改姓	その他	死亡			退職		
		生活サポート	医療保障	Wide医療	職場復帰	三大疾病	傷害総合																
		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	・	・							有 無		
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	
													・	・								有 無	

\*1. この異動報告書は、(毎月15日までに) (有)エル・サポート・福井に送付して下さい。

\*2. つなぎ積立年金脱退の場合は、別途給付金請求書が必要です。