ワーカーズ・コレクティブ所得保障共済

団　体　変　更　届

記入者の署名捺印のうえ、FAX でお送りください。

FAX　０４５―６８１－３６７７

届　出　日　西暦：　　年　　月　　日　　記入者　　印

団　体　名

☆変更が必要な個所の、新旧項目をご記入ください

変更項目	旧	新
団体名		
団　体 住　所	〒	〒
団　体 T　E　L F　A　X	TEL FAX	TEL FAX
代 表 者	氏名 (生年月日　　) ＊西暦記入	氏名・フリガナ (生年月日　　) ＊西暦記入

☆口座の変更について（保険料返戻・引き落し）、必ずチェック・ご記入ください

変更がある場合は、対象の口座変更手続き書類をお送りいたします

口座変更 ［保険料返戻用 保険料引落し用］	○　無　　*口座名義のみの変更も手続きが必要です ○　有　　（　○　ゆうちょ　　○　銀行　）

2024.07 改