

福井県市町村職員共済組合
((有)エル・サポート・福井)

令和 年 月 日

所属所番号

共 済 組 合 保 険 制 度 異 動 報 告 書

所 属 所 名

担 当 者 名

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					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	治療費	三大疾病	傷害総合	長期所得														
		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。

福井県市町村職員共済組合
((有)エル・サポート・福井)

令和 年 月 日

所属所番号

共 済 組 合 保 険 制 度 異 動 報 告 書（所属所控）

所 属 所 名

担 当 者 名

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					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	治療費	三大疾病	傷害総合	長期所得														
		円	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。