

様式第4号

年 月 日

様

旧所属所長

異 動 通 知 書

下記のとおり組合員が異動したので通知します。

記

保 険 の 種 類	遺族支援保険・遺族支援プラス75・遺族支援継続給付・医療保険・総合医療給付・三大習慣病保険・長期療養給付・短期療養給付・入院支援保険・傷害総合保険・公務員賠償責任保険
異 動 年 月 日	年 月 日
組 合 員 証 番 号	
組 合 員 名 前	
月 払 保 険 料 額	円
半 年 払 保 険 料 額	円
年 払 保 険 料 額	円

この通知書は異動と同時に旧所属所から新所属所に送付すること。