

広島県市町村職員共済組合の所属所間で異動した加入者について、元の所属所長から異動後の所属所長に通知してください。

様式第4号（第10条関係）

△△△△年△△月△△日

（異動後の所属所長名）様

旧所属所長 ○ ○ 市長

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

加入中の保険に○
をしてください。

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・団体総合保険・公務員賠償責任保険
異 動 年 月 日	△△△△年△△月△△日
組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	△△-△△
組 合 員 名 前	共 済 太 郎
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。