

広島県市町村職員共済組合の所属所の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

△△△△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・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	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。