

会員家族登録・変更届

年 月 日

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

会員番号 -

住 所 _____

氏 名 _____

下記の通り、同居家族の登録・変更を申し込みます。

No	フリガナ	性別	続柄	生 年 月 日 (※西暦でも可。)	削除	確認
	氏 名					
1				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
2				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
3				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
4				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
5				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
6				大正・昭和・平成・令和 年 月 日		

※記載事項については、サービスセンターの業務以外には一切使用いたしません。

※ご登録は同居のご家族のみになります。登録時には氏名・生年月日・同居の確認をさせていただきますので、保険証等（住所記載要）のご提示をお願いいたします。（郵送された場合は添付された保険証等の写しは、確認後責任を持って破棄いたします。）

※登録済みのご家族が同居でなくなった場合は削除欄にチェックを入れてご申請ください。

	受 付	入 力
処 理	月/日	
	/	