様式第24号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  加入番号 |  |  |
|  年金証書番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

氏名（住所）変更届書

　　　　年　　月　　日に加入者（被共済者、年金管理者、年金受給権者）の氏名（住所）

を次のとおり変更したので、心身障害者扶養共済制度条例第17条の規定により、お届け

します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 新 | 旧 |  |
| ふりがな |  |  |
|   氏　　名 |  |  |
|  （住所） |  |  |
| 理　由 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）