

組 合 員 コ ー ド	—
----------------	---

承 認 欄	担当者

雇用保険被保険者氏名変更届

被 保 険 者	フリガナ 氏 名	旧	新
	変更年月日	年 月 日	

※ 変更後の被保険者証は発行されません。

上記のとおりお届けいたします。

年 月 日

いわて医師協同組合
労働保険事務組合理事長 殿

〒 — TEL () —

所 在 地

事業所の名称

事業主の氏名