

# 支払免除期間変更届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

契約者番号		契約者名	
共済番号		氏名	印
支払免除開始日	平成 年 月 日		
支払免除終了日 〔当初予定〕	平成 年 月 日		
支払免除終了日 〔変更後〕	平成 年 月 日		
変更理由			

上記の理由により、共済掛金の支払免除期間の変更を届けます。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

印