

業務委託保険会社届出事項変更申出書

令和 年 月 日

独立行政法人勤労者退職金共済機構
 中小企業退職金共済事業本部
 事業推進部長 殿

委託保険会社名

(連絡先担当者名)

変更箇所のみ記入してください。

変更後	住所	(フリガナ) 〒
	名称	(フリガナ)
	電話	()

変更前	住所	〒
	名称	

※ 委託保険会社の名称・住所等に変更があった場合には、この用紙に必要事項をご記入の上、
 事業推進部 広報計画課まで提出してください。

【送信先】[FAX] 03-5955-8220 [E-mail] jisui-kouhou-keikaku.16_f@tais yokukin.jp

(2022/04)