

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	⑩
支払免除 開 始 日	令和 年 月 日				
支払免除終了日 〔当初予定〕	令和 年 月 日				
支払免除終了日 〔変更後〕	令和 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。

令和 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

⑩