**災害補償共済（傷害総合保険）　 加入／脱会／プラン変更連絡票**

**一般社団法人　東海電友共済会　御中**

災害補償共済の加入/脱会/プラン変更にあたり、以下にご連絡します。

お申し出日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

＜支部・支所＞

|  |  |
| --- | --- |
|  | 支部名又は支所名 |
| 責任者 **長野県電気工事業工業組合** |  ㊞ |
| ＜事業所＞ |
|  | フリガナ：  |
| 事業所名 (共済契約者番号： ) |  ㊞ |
| 住 所 | ＴＥＬ |
| 〒  |  |
| ＜加入被共済者＞ 　 ※加入日は申し出日の翌月１日となります |
| ① |  | フリガナ： |  | プラン | 生年月日・年齢 | 加入日 |
| 氏名  |  | 様  |  | 年　　 月 　　日 生　 　 才 （男・女） | ／1 |
| ② |  | フリガナ： |  | プラン | 生年月日・年齢 | 加入日 |
| 氏名 |  | 様  |  | 年　　 月 　　日 生　 　 才 （男・女） | ／1 |
| ③ |  | フリガナ： |  | プラン | 生年月日・年齢 | 加入日 |
| 氏名 |  | 様  |  | 年　　 月 　　日 生　 　 才 （男・女） | ／1 |
| ＜脱会被共済者＞　 ※補償は脱会日までとなります |
| ① | フリガナ： |  | プラン | 脱会日 | 脱会事由 |
| 氏名 (被共済者番号： ) | 様 |  | 年 月 日 | 1.退職 4.その他2.組合脱退 ［ ］3.他保険へ |
| ② | フリガナ： |  | プラン | 脱会日 | 脱会事由 |
| 氏名 (被共済者番号： ) | 様 |  | 年 月 日 | 1.退職 4.その他2.組合脱退 ［ ］3.他保険へ |
| ＜プラン変更被共済者＞　 ※変更日は、申し出日の翌月１日となります |
| ① | フリガナ： |  | 現行ﾌﾟﾗﾝ | **⇒** | 新プラン |  | 変更日 |
| 氏名 (被共済者番号： ) | 様 |  |  | ／1 |
| ② | フリガナ： |  | 現行ﾌﾟﾗﾝ | 新プラン | 変更日 |
| 氏名 (被共済者番号： ) | 様 |  |  | ／1 |

(災害共済 2019.4 書式№2 )