

申し込み日 平成 年 月 日

JASPA 共済会死亡損失補填給付金対象者名簿（新規・変更）届

所属団体名 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印

事業所番号	担当者名	電 話	口 数
			口

死亡損失補填給付金対象者名簿新規・変更登録

団体使用 番 号	新 規	変 更	氏 名 (カタカナ)	生 年 月 日	性別	新規・変更日及び変更 事由
	該当する方に○印					
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		

※用紙はコピーしてお使い下さい。