

取扱生保変更願

令和 年 月 日

公益財団法人 札幌市中小企業共済センター 御中

共済契約者 企業番号 _____
所在地 _____
事業所名 _____
代表者名 _____ (印)
(TEL _____)

今般、当事業所の都合により、 _____ 生命扱いで加入しております札幌市中小企業共済制度の取り扱いを、つぎの理由により、今後は _____ 生命に変更させていただきたく、お願いいたします。

理由： _____

(取扱生保担当者 (印))

本申請を承認してよろしいか。

承認		処理	

受付印