

《様式2》 交通事故傷害共済加入者変更届 (任意加入)

※コピーをしてご使用ください。

送信日: 20 年 月 日

J D 共 済 記 入 欄						
異動日	20	年	月	日	処理印	
承認日	20	年	月	日		
処理日	20	年	月	日		

送信枚数 全 枚

※ 太枠内は必ずご記入ください。
 !フリガナ・性別・生年月日もお忘れなく!
 ※交通事故傷害共済は毎月1日が加入日です。
 受信日が2日以降、月の途中からの申込みおよび
 加入日が未記入の場合は、受信日の翌月1日が
 加入日となります。

都・道・府・県 _____

会社名(屋号) _____

代表者名 _____ 様

組合員コード (_____)

返送先FAX _____ - _____

脱退者氏名	脱退日	追加加入者氏名	性別	生年月日	加入日	JD記入欄
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	
	/	フリガナ	男・女	S H . .	/ 1	

ジェイ・ディ共済協同組合FAX送信先

0120-25-9561 または 076-425-9561 (365日・24時間受付)