

《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：平成 年 月 日

J D 共 済 記 入 欄						
異動日		年	月	日	処理印	
承認日	平成	年	月	日		
処理日		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日が登録日です。
受信日が2日以降、月の途中からの申込みおよび登録日が未記入の場合は、受信日の翌月1日から登録されます。

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	登録日	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	

FAX 0120-25-9561 (365日・24時間受付) ←

《FAX送信の際は送信面(表・裏)をご確認ください》
ジェイ・ディ共済協同組合 **JD** 共済