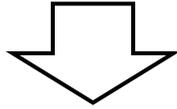


会員情報変更届

[管理No.

] * 「社会保険にいがた」等をお送りしている封筒の事業所名の下に
印字されている数字をご記入ください。

変 更 前			
ふりがな 事業所名			
所在地	〒		
電話番号		被保険者数	名



変 更 後			
ふりがな 事業所名			
所在地	〒		
電話番号		被保険者数	名

送付先／一般財団法人新潟県社会保険協会
FAX 025(290)3201