**給付金決定通知送付先変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証記号番号 | | 地・広島 | | | | 所属機関名 | |  | |
| 勤務機関名 | |  | |
|  | | | |
| 組合員氏名 | |  | |
| 変更の理由 | |  | | | | | | | |
| 旧住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 新住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日以降の給付金決定通知書送付先は上記のとおりです。  　地方職員共済組合広島県支部長　　様    　　令和　　 年　　　月　　　日  （申　請　者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | |
| この届出のとおり整理してよろしいか。 | | | | | | | | | |
| 事務長 | 事務次長 | | 給付係長 | 専門員 | 係　員 | | 担当者 | | 整理日 |
|  |  | |  |  |  | |  | | 令和　　年　　月　　日 |