**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 |