

児童手当・特例給付 加入年金情報等変更届

						受付年月日	
受給者	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所				電話番号		
	公的年金種別	ア 厚生年金 ※下記の共済組合に該当する場合は○をつけてください。 ()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 ()地方公務員等共済 イ 国民年金 ウ その他()					
	変更日	年 月 日					
	受給者 保険情報	保険種別	1 協会 2 組合 3 共済 4 昭島市の国保 5 国保組合 6 その他()			受給者との続柄	本人 本人外
		被保険者氏名			番号		
		資格取得日			名称		
上記の通り、加入年金情報等変更の届出をします。							
年 月 日							
氏名							
(宛先) 昭島市長							
備考							

電算 / 通知 /
◎ 太枠の中を楷書ではっきり記入してください。