

名義変更申請書

太枠内をご記入ください。

申請者 (この用紙を記入される方)	[記入日] _____ 年 _____ 月 _____ 日
	[氏名] _____
	[組合員本人との続柄] _____ (郵便番号 _____) (電話番号 _____)
	[住所] _____

定款に基づき、当該事業年度末日の90日前までの申請分を当該事業年度の終わりに処理いたします。
尚、やむを得ない理由がある場合はこの限りではありませんので、理由欄に理由をご記入ください。

名義変更理由	法定脱退 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 定款地域以外への転居) 自由脱退 (<input type="checkbox"/> 病院・診療所等を利用しない) (<input type="checkbox"/> その他[_____])										
出資金通帳の有無	有 無										
組合債券の有無	有 無										
名義変更先	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">新しい ご名義 の方</td> <td>[フリガナ]</td> </tr> <tr> <td>[氏名]</td> </tr> <tr> <td>[生年月日] 大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 令和</td> </tr> <tr> <td>[住所] (郵便番号 _____)</td> </tr> <tr> <td>[電話番号]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※新しいご名義の方が、既にご加入いただいている場合はご記入ください。 わからない場合は空欄で構いません。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[組合員番号]</td> </tr> </table>	新しい ご名義 の方	[フリガナ]	[氏名]	[生年月日] 大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 令和	[住所] (郵便番号 _____)	[電話番号]	※新しいご名義の方が、既にご加入いただいている場合はご記入ください。 わからない場合は空欄で構いません。		[組合員番号]	
新しい ご名義 の方	[フリガナ]										
	[氏名]										
	[生年月日] 大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 令和										
	[住所] (郵便番号 _____)										
	[電話番号]										
※新しいご名義の方が、既にご加入いただいている場合はご記入ください。 わからない場合は空欄で構いません。											
[組合員番号]											
添付書類について	<p>名義変更手続きには以下のものが必要となりますので添付をお願いいたします。</p> <p>■出資金通帳 ■申請者の身分証明書(健康保険証・運転免許証等)の写し</p> <p>■新しいご名義の方と組合員本人とのご関係が確認できる書類の写し</p>										

お問い合わせにつきましては、尼崎医療生活協同組合 生協事務局(06-6436-9500)までご連絡ください。

組合員番号	組合員氏名	電話番号
住所		
伝達事項	【手続後の通帳等送付先】 ※必ずチェック <input type="checkbox"/> 事業所へ送付 <input type="checkbox"/> 申請者へ郵送 名義変更金額[_____ 円]	

事業所・支部	
承認	受付
	事業所欄記入 添付書類確認
下記に事業所を記入	

※事業所[_____]

生協事務局					
払出	決裁	伝票作成	通帳回収	事務局到着	担当者
		<input type="checkbox"/> 定期増資 <input type="checkbox"/> 組合債確認	<input type="checkbox"/> 通帳有 <input type="checkbox"/> 通帳無	<input type="checkbox"/> 事業所欄 確認	

名義変更申請書

見本

太枠内をご記入ください。

申請者 (この用紙を記入される方)	[記入日] 2025 年 2 月 1 日
	[氏名] 生協 花子
	[組合員本人との続柄] 長女 (郵便番号 〇〇〇-×××× (電話番号 □□-〇〇〇〇-△△△))
	[住所] 〇〇県〇〇市△△△

申請書を書かれる方

定款に基づき、当該事業年度末日の90日前までの申請分を当該事業年度の終わりに処理いたします。
尚、やむを得ない理由がある場合はこの限りではありませんので、理由欄に理由をご記入ください。

名義変更理由	法定脱退 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 定款地域以外への転居) 自由脱退 (<input type="checkbox"/> 病院・診療所等を利用しない) (<input type="checkbox"/> その他[])
出資金通帳の有無	有 無
組合債券の有無	有 無
名義変更先	[フリガナ]
	[氏名]
	[生年月日] 大正 昭和 年 月 日 平成 令和
	[住所] (郵便番号)
	[電話番号]
	※新しいご名義の方が、既にご加入いただいている場合はご記入ください。 わからない場合は空欄で構いません。
[組合員番号]	
添付書類について	名義変更手続きには以下のものが必要となりますので添付をお願いいたします。 ■出資金通帳 ■申請者の身分証明書(健康保険証・運転免許証等)の写し ■新しいご名義の方と組合員本人との関係が確認できる書類の写し

該当項目に☑

新しいご名義の方
と組合員本人との
関係性がわかる書
類の写し(戸籍謄
本等)が必要です

お問い合わせにつきましては、尼崎医療生活協同組合 生協事務局 (06-6436-9500) までご連絡ください。

組合員番号	〇〇〇〇	組合員氏名	生協 太郎	電話番号	□□-〇〇〇
住所	〇〇県〇〇市△△△				
伝達事項	【手続後の通帳等送付先】 ※必ずチェック 金額がわからない場合は空欄 <input type="checkbox"/> 事業所へ送付 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者へ郵送 名義変更金額[円]				

組合員本人名
出資金通帳の
名義人

事業所・支部	
承認	受付
	事業所欄記入 添付書類確認

下記に事業所を記入
※事業所[]

生協事務局					
払出	決裁	伝票作成	通帳回収	事務局到着	担当者
		<input type="checkbox"/> 定期増資 <input type="checkbox"/> 組合債確認	<input type="checkbox"/> 通帳有 <input type="checkbox"/> 通帳無	<input type="checkbox"/> 事業所欄 確認	