

常務理事	事務長	係

加入者資格喪失届

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

漢字氏名	喪失年月日	加入者番号	喪失事由	生年月日	標準報酬月額	住所	備考
	年 月 日 平成 7 年 月 日		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 年 月 日 平成 7 年 月 日	千円 ー	ー	退職・65歳・死亡 その他() 平成 年 月 日
	年 月 日 平成 7 年 月 日		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 年 月 日 平成 7 年 月 日	千円 ー	ー	退職・65歳・死亡 その他() 平成 年 月 日
	年 月 日 平成 7 年 月 日		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 年 月 日 平成 7 年 月 日	千円 ー	ー	退職・65歳・死亡 その他() 平成 年 月 日
	年 月 日 平成 7 年 月 日		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 年 月 日 平成 7 年 月 日	千円 ー	ー	退職・65歳・死亡 その他() 平成 年 月 日
	年 月 日 平成 7 年 月 日		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 年 月 日 平成 7 年 月 日	千円 ー	ー	退職・65歳・死亡 その他() 平成 年 月 日

※喪失年月日は、退職日・死亡日・その他は事実発生日の翌日、満65歳は前日が喪失年月日となります。
 ※住所欄は、郵便物が確実に到着するよう(棟・室番号まで)必ずご記入ください。
 ※備考欄は、退職などいずれかに○をし、その他の場合は()に事由をご記入ください。(例: 転勤・厚年適用外など)

受付日付印

事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		(印)
電話番号	()	番

社会保険労務士の提出代行者印
(印)