

加入者資格喪失届

常務理事	事務長	係

事業所番号

.....

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 ※郵便物が確実に到着するよう(棟・室番号まで)ご記入ください。	備考
	年 月 日 平成 7 年 月 日 令和 9 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 下 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 令和 9 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 下 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 令和 9 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 下 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 令和 9 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 下 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 令和 9 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 下 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。

※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	下 ー
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ