

尼崎市中小企業 被共済者資格喪失届
勤労者福祉共済

令和 年 月 日

加入者番号				
事業所名				
代表者 役職名 氏名			電話 番号	

※ 加入者番号欄は、追加加入の場合のみご記入ください。

*	被共済者 番号	資格喪失者 氏名	資格喪失日 (退職日など事実発生日)				資格喪失理由 該当番号に○印<()内は死亡の 原因・又はその他の理由>	被共済者証 該当箇所に○印加押印	
			号	年	月	日		返却	紛失
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		
			昭・平・令				1.退職 2.死亡 3.その他 ()		

- 「*」欄は、給付金受領口座名義人が資格を喪失した場合に○印をご記入ください。その場合、口座の名義変更の必要がありますので、口座振替依頼書をご提出ください。
- 資格喪失者の被共済者証を添えてご提出ください。なお、紛失された場合は、被共済者証の紛失届印に押印ください。

以下記入不要

受付印

決裁 令和 年 月分以降

掛金算定対象から除外します。

入力年月日：令和 年 月 日

課長	課長補佐	係長	主任	係