

常務理事	係

加入者資格喪失届

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	性別	住所 <small>※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。</small>	喪失(不該当)原因		
	年 月 日 令和 9		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 平成 7	5 男 6 女	〒 -	・退職(令和 年 月 日 退職) ・死亡(令和 年 月 日 死亡) ・65歳到達 ・その他()		
	年 月 日 令和 9		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 平成 7	5 男 6 女	〒 -	・退職(令和 年 月 日 退職) ・死亡(令和 年 月 日 死亡) ・65歳到達 ・その他()		
	年 月 日 令和 9		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 平成 7	5 男 6 女	〒 -	・退職(令和 年 月 日 退職) ・死亡(令和 年 月 日 死亡) ・65歳到達 ・その他()		
	年 月 日 令和 9		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 平成 7	5 男 6 女	〒 -	・退職(令和 年 月 日 退職) ・死亡(令和 年 月 日 死亡) ・65歳到達 ・その他()		
	年 月 日 令和 9		その他 50 死亡 41	年 月 日 昭和 5 平成 7	5 男 6 女	〒 -	・退職(令和 年 月 日 退職) ・死亡(令和 年 月 日 死亡) ・65歳到達 ・その他()		

※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。

※喪失(不該当)原因欄は、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							
電話番号	(局)		番		

社会保険労務士の提出代行者