

吹田市勤労者福祉共済被共済者資格喪失届

令和 年 月 日

吹田市 長 へ

加入者番号

--	--	--	--	--	--

所在地 吹田市

企業名

代表者氏名

㊟

↑自署の場合は押印不要

担当課(者)

TEL

()

次のとおり被共済者の資格喪失をお届けします。

被共済者番号	氏名	事由	資格喪失年月日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日

(注意) 1. 被共済者証を必ず添付して下さい。紛失した場合は紛失届を添付して下さい。

2. 事由とは、退職・死亡・市外事業所への転勤等です。

※ 本共済で収集した個人情報は、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。