

参 事	主 幹	主 査	係 員	処理日
-----	-----	-----	-----	-----

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 あて

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
			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ください。

2. 事由とは、退職・死亡・市外事業所への転勤等です。