

年 月 日

# 被共済者取消通知書

貴共済会に加入しております被共済者に関し下記の通り取消ししますので通知いたします。

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ ㊞

事業所コード									

被共済者番号	被共済者氏名		生年月日				加入(増口)年月日				取消区分	
	(フリガナ) 姓	名	年号	年	月	日	年号	年	月	日		
			昭和									加入取消・増口取消・脱退取消
			平成									加入取消・増口取消・脱退取消
			昭和									加入取消・増口取消・脱退取消
			平成									加入取消・増口取消・脱退取消
			昭和									加入取消・増口取消・脱退取消
			平成									加入取消・増口取消・脱退取消

(ご注意)

加入取消、脱退取消の時は、加入年月日をご記入ください。また、増口取消の時は、増口年月日をご記入ください。  
加入取消は、加入申込日から加入日の前までの間に、被共済者が退職した場合に適用されます。