

## 被共済者取消通知書

令和 年 月 日

貴法人共済制度に加入しております被共済者に関し下記のとおり取消しますので通知いたします。

事業所コード		事業所名		届出印
		代表者名		

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)		年号	年	月	日	年号	年	月	日	
	姓	名	昭和 平成				令和			1	加入取消・増口取消
			昭和 平成				令和			1	加入取消・増口取消
			昭和 平成				令和			1	加入取消・増口取消
			昭和 平成				令和			1	加入取消・増口取消
			昭和 平成				令和			1	加入取消・増口取消

## (ご注意)

加入取消の時は加入年月日を、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限り適用されます。

増口取消は、増口の申込日から増口年月日の月末までの間に限り適用されます。