

令和 年 月 日

事業所脱会届

一般財団法人長野市勤労者共済会

理事長 様

P. /

事業所コード	
--------	--

事業所住所 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ (印)

T E L _____

下記の理由により (一財)長野市勤労者共済会を 一部(会員) 脱会いたします。
 全部(事業所)

記

会員番号	氏名	①脱会理由 (番号で選択)	②会員証返納 (どちらかに○)		備考
			有	無	
			有	無	
			有	無	
			有	無	
			有	無	
			有	無	

①脱会理由 : 1.退職 2.死亡 3.任意 4.事業所閉鎖 5.その他()

②会員証返納 : 会員証の返納ができない時は、「無」に○をして備考欄に理由を記入する。

- 注) 1 会員証・未使用分の「夢とくクーポン」も一緒に返納してください。
 2 会員期間が5年以上の方で脱会理由が「1.退職」・「2.死亡」・「4.事業所閉鎖」の場合は、「退職慰労金」の請求ができますので、「給付金請求書(祝金)」も一緒に提出してください。
 3 毎月5日(到着)までに提出されたものは、前月末日の脱会となります。
 (5日が土、日、祝日の場合は、その翌営業日)

※ 押印等を再度ご確認の上、郵送または窓口へ
 ※ ご記入いただいた個人情報、貴殿に対する会員サービスのみに利用します。

共済会記入欄

入力