

# 記入例

川崎市勤労者福祉共済 **会員追加** 届  
**会員資格喪失**

平成30年 5月 1日

(あて先) 川崎市 長

郵便番号 210-8577

所在地 川崎市川崎区宮本町1番地

電話番号 044-200-2275

加入者番号

1	0	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---

事業所名 株式会社 共済企画

事業主又は  
代表者名 共済 一郎



会員の **追加** **資格喪失** について承認を受けたいので、 **会員追加** **会員資格喪失** 名簿

を添えて届け出ます。

- ・「会員資格喪失」に○をしてください。(3箇所)
- ・事業主の印鑑又は代表者の印鑑を押印してください。  
※事業所の印は個人印ではないため不可

注 会員資格喪失届は、事実発生の日から10日以内に会員証を添えて届け出てください。

