

川崎市勤労者福祉共済 会 員 追 加 届
会 員 資 格 喪 失

年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

郵便番号 _____

所 在 地 _____

電話番号 _____

加 入 者 番 号				

事 業 所 名 _____

事業主又は
代 表 者 名 _____ 印

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。

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。

