

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。

