

加入者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

届書コード			① 事業所番号			
4	0	0				

枝番号	② 加入者番号		④ 加入者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 性別	⑦ 資格喪失年月日 1.事業所間異動は該当日の当日 2.65歳の誕生日の前日 3.上記以外は該当日の翌日	⑧ 喪失区分	⑨ 備考
	③ 基礎年金番号						⑩ 住所	
	郵便番号		郵便番号	電話番号				

01	氏名		昭S	年	月	日	男1	年	月	日	退職4	死亡5	65歳到達6	⑧喪失区分が65歳到達の場合、以下に「✓」を付して下さい。 <input type="checkbox"/> 65歳到達以降も在職 <input type="checkbox"/> 65歳到達時に退職
			平H				女2				事業所間異動7	懲戒・諭旨解雇8	その他9	
	フリガナ	郵便番号	電話番号											
	住所		都道	府県										

02	氏名		昭S	年	月	日	男1	年	月	日	退職4	死亡5	65歳到達6	⑧喪失区分が65歳到達の場合、以下に「✓」を付して下さい。 <input type="checkbox"/> 65歳到達以降も在職 <input type="checkbox"/> 65歳到達時に退職
			平H				女2				事業所間異動7	懲戒・諭旨解雇8	その他9	
	フリガナ	郵便番号	電話番号											
	住所		都道	府県										

03	氏名		昭S	年	月	日	男1	年	月	日	退職4	死亡5	65歳到達6	⑧喪失区分が65歳到達の場合、以下に「✓」を付して下さい。 <input type="checkbox"/> 65歳到達以降も在職 <input type="checkbox"/> 65歳到達時に退職
			平H				女2				事業所間異動7	懲戒・諭旨解雇8	その他9	
	フリガナ	郵便番号	電話番号											
	住所		都道	府県										

令和 年 月 日提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者

受付日付