

# 会員資格喪失届

平成 年 月 日

(財)新発田市勤労者福祉  
サービスセンター理事長 様

事業所番号  
(会員証番号 左5ケタ)

--	--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

	印
--	---

下記のとおり、(財)新発田市勤労者福祉サービスセンターの会員の 一部 ( 名 )  
全員 資格を喪失いたしましたので、会員証を添えてお届けいたします。

### 記

会 員 番 号	氏 名	事 由	喪 失 年 月 日	会 員 証
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無

- (注) ・ 全員資格喪失の場合は、上記の記載は必要ありません。  
 ・ 会員証は必ず返却してください。  
 ・ 入会以後3年以上経過した会員が退職による退会の場合は、餞別支給対象となりますので、「共済金給付請求書」も同時に提出してください。

事務局長	職 員	処 理