

労働者災害補償保険  
特別加入 脱退申込書

事業主	所在地	〒 -	TEL - -	
	名称		FAX - -	
	氏名		携帯 - -	
脱退年月日		平成 年 月 日		
特別加入者	氏名	生年月日	関係	日額
	(フリガナ)	大正 昭和 平成	. .	円
	(フリガナ)	大正 昭和 平成	. .	円
	(フリガナ)	大正 昭和 平成	. .	円
還付金	どちらかに○をつけてください			
	1 当組合に来所 (認印を持参してください。)			
	2 指定の口座に振込 (振込手数料がかかります。)			
	銀行名	店名・支店名	口座番号	口座名義人

労働保険事務組合 石川県労務管理協会 殿

この度、上記の日付をもって脱退させていただきます。

平成 年 月 日

労働保険事務組合 石川県労務管理協会

**FAX 076-267-7955**