

特別加入脱退申出書

私は、令和 年 月 日付けで、下記事項を確認の上、貴会を脱退致します。

- 1、労災保険加入証明書を返還致します。
- 2、脱退後の災害発生については、労災保険の請求は致しません。
- 3、脱退を申し出た月の保険料及び会費等(カード毎月払いの場合は退会月の翌月 1 日決裁分まで)は発生し、負担します。

東京労災一人親方部会 御中

現住所

氏名

印

残余の労働保険料の返還を希望する金融機関(カード払いの場合は記入必要はありません)

金融機関名

支店

預金種目 1、普通 2、当座

口座番号

口座名義

※記入したら、捺印してまずはFAXして下さい。(0422-27-5230まで)
後日、加入員証と一緒に下記まで郵送して下さい。

180-0004 東京都武蔵野市吉祥寺本町 1-13-6 古谷ビル新館 904 東京労災一人親方部会宛