

# 脱退申込書

令和 元年 月 日

一人親方組合いけね事務所 殿

労災保険の特別加入を脱退いたしますので、加入証明書を返還いたします。

なお、還付が生じる場合は下記の口座又は現金で保険料を返金してください。

## 脱退者

整理番号	※記入不要 No.	給付基礎日額	円
フリガナ		生年月日	
氏名	Ⓜ	昭和 平成	年 月 日
住所	〒	電話番号	
脱退理由			
脱退希望日	令和 年 月 日をもって脱退いたします。		
備考			
※脱退の際には、加入証明書（カード）の返却をお願いします。			

## 保険料返金口座（現金返金希望の場合は、記載不要）

銀行名	銀行		
支店名	支店		
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
名義人氏名			
保険料返金額	円		

※振込手数料はお客様ご負担とさせていただきますのでご了承ください。

## 保険料現金返金

¥ \_\_\_\_\_

※上記金額を領収いたしました。

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ Ⓜ