

申し込み日 平成 年 月 日

JASPA 共済会死亡損失補填給付金対象者名簿（脱退・死亡）届

所属団体名 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印

事業所番号	担当者名	電 話	口 数
			口

死亡損失補填給付金対象者名簿（脱退・死亡）

団体使用 番 号	脱 退	死 亡	氏 名 (カタカナ)	生 年 月 日	性別	死亡日 (死亡の場合のみ記入)
	該当する方に○印					
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		
				S H . .		

※用紙はコピーしてお使い下さい。※死亡の場合は、死亡診断書をお付け下さい。