

申し込み日 平成 年 月 日

JASPA 共済会資格喪失・死亡損失補填給付金届

所属団体名 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印 _____

| 事業所番号 | 担当者名 | 電話 |
|-------|------|----|
| | | |

死亡損失補填給付金対象者簿削除登録

| 団体使用 番号 | 退職などの 資格喪失 | 死亡 退職 | 氏 名 (カタカナ) | 生 年 月 日 | 性別 | 資格喪失・死亡日 |
|------------|---------------|----------|---------------|------------|----|----------|
| | 該当する方に○印 | | | | | |
| | | | | T S . . | | |
| | | | | T S . . | | |
| | | | | T S . . | | |
| | | | | T S . . | | |

※死亡損失補填給付金請求の場合は理由として以下に企業における損害額を記載下さい

| | |
|-----|------------------------------------|
| 記入例 | 死亡退職金支払い ¥○○○○○○○ |
| | 死亡退職に伴い新規人材採用にかかる費用 ¥○○○○○○○ |
| | 死亡退職に伴い仕掛かり案件に関する対処費用 ¥○○○○○○○ など |
| | |
| | |

※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。