

退 会 届

九州地区一人親方福祉共済会 御中

令和 年 月 日をもって、九州地区一人親方福祉共済会
を退会致します。

つきましては、退会日の翌日以後、私に労災事故が発生しても、
九州地区一人親方福祉共済会加入による労働者災害補償保険法 一
人親方等の特別加入の適用を受けないことを確認いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印
