

被 共 済 職 員 脱 退 届

(西暦) 年 月 日

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体の名称
代表者職氏名



被共済職員から脱退の申出がありましたので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済契約約款の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

共 済 契 約 者	施設コード				
	施設の名 称			脱退を申出た 被共済職員	下記のとおり
	施設所在地	〒 ー			
	脱退の理由				
	掛金返還額の 振込先	銀 行 農 協 信用金庫	支店	フリガナ	
			□座名義		
			□座番号		

栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済契約約款の被共済職員から脱退を申出ます。

被 共 済 職 員	職員コード	氏 名	承諾印	性別	生年月日(西暦)	脱退年月日(西暦)	脱退理由	
					男・女	年 月 日	年 月 日	
					男・女	年 月 日	年 月 日	
					男・女	年 月 日	年 月 日	

この個人情報は、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します。

(注) この届出は施設別に作成し、1部提出してください。
脱退者氏名は自署してください。

共済財団受付印

--