

## 共済契約解除申出書

平成 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



共済契約の解除について、すべての被共済職員の承諾を得ましたので、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、次のとおり申し出ます。

共 済 契 約 者	施設コード			
	施設の名称		契約解除 希望年月日	平成 年 月 日
	施設所在地	〒 -		
	解除の理由			
	契約解除金 振込先	銀行 支店 信用金庫	フリガナ	
		口座名義		
		口座番号		

栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済契約約款の規定に基づく共済契約の解除を承諾します。

被 共 済 職 員	職員コード	氏名	承諾印	性別	生年月日	承諾年月日	備考
					男・女	T S H 年 月 日	H 年 月 日
				男・女	T S H 年 月 日	H 年 月 日	
				男・女	T S H 年 月 日	H 年 月 日	
				男・女	T S H 年 月 日	H 年 月 日	
				男・女	T S H 年 月 日	H 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) 施設別に作成し、1部提出してください。