

共 済 契 約 解 除 申 出 書

(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



共済契約の解除について、すべての加入者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	(西暦)	年 月 日
	施 設 所 在 地	〒 ー					
	解 除 の 理 由						
	契 約 解 除 金 振 込 先	銀 行 信用金庫	支 店	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。

加 入 者 内 訳	職員コード	氏 名	承諾印	性 別	生 年 月 日 (西暦)	共済契約解除承諾 年 月 日 (西暦)	備 考
				男・女		年 月 日	
				男・女		年 月 日	
				男・女		年 月 日	
				男・女		年 月 日	
				男・女		年 月 日	

この個人情報、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) 氏名は本人の自署により記名してください。