要綱様式第13号

折曲厳禁

退会届（兼）退会給付金請求書

年　　月　　日

社会福祉法人　青森県社会福祉協議会会長　殿

下記のとおり退会しますので、退会給付金を請求します。

適用事業所	法人番号	適用事業所名 適用事業所代表者名　㊞
	事業所番号	担当者名
		適用事業所住所 適用事業所電話番号

【退会者】

加入者番号		加入者氏名	㊞
退会年月日	3 昭和 4 平成 5 令和　5　年　月　日	退会理由	1 死亡　3 定年退職 2 自己都合退職　4 その他 （　　）
掛金最終支払年月	3 昭和 4 平成 5 令和　5　年　月		
第1種共済給付金	1　1 退会処理	第2種共済給付金	1 退会処理　3 未加入
本会からの貸付金	0 無し 1 有り		

【申請者】

フリガナ		フリガナ	
姓		名	加入者との続柄
郵便番号		電話番号	
都道府県・市区郡町名 町村字名 地番			

注意事項

1 □にはボールペンで記入すること。

2 濁点・半濁点は、ダ パ のように文字と同じマス内に記入すること。