

共済加入解除申請書

年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

法人名	
法人代表者	(印)

東京都社会福祉協議会従事者共済会規程を承諾の上、下記のとおり、共済加入の解除を申請します。

施設番号		<問合せ先>	
施設・団体名称		担当者	
		電話	

退会日 (西暦) 年 月 末 日

解除区分

退職 脱会

 (どちらかを選択)

*「退職」とは、普通退職のほか、死亡退職、雇用形態の変更、解雇等を含みます。
 *「脱会」とは、上記に当てはまらない退会のことで、脱会申請書の添付が必要です。

加入者番号	フリガナ	解除理由	最終掛金納入月	
	加入者氏名			月
				月
				月
				月
				月
				月

【作成にあたってのご注意】

- 油性の黒ボールペン等で記入してください。
- 当該加入者が退職した翌月の締切日までに従事者共済会宛にご提出ください。長期間の遡及は対応不可能な場合があります。
- 退職後、従事者共済会と契約している施設へ転職される場合、掛金納入期間に空白がなければ、加入を継続することができます。その場合は、共済加入解除申請ではなく、転出・転入届をご提出ください。
- 退職せず、従事者共済会を脱会する場合は、本申請に加え「脱会申請書」をご提出ください。脱会は遡及の届出はできませんのでご注意ください。脱会においても、掛金納入期間が12か月以上ある場合は、加入者負担分の掛金累計額のみ給付しますので、「退職共済金受給申請書」をご提出ください。
- 原本を従事者共済会に提出し、コピーを施設で保管してください。

解除理由	
1	施設・団体都合
2	病 気
3	結 婚
4	出産・育児
5	転 居
6	転 職
7	そ の 他
8	定年退職
9	死 亡