

従事者共済会 脱会申請書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

年 月 日

法人名
法人代表者 (印)

下記加入者の東京都社会福祉協議会従事者共済会からの脱会を承認し、申請します。

施設番号 	<問合せ先> 担当者 電 話
施設・団体名称 	

脱会月 (西暦)		年		月	末	日	貸付 有無	加入者番号	加入者氏名

※太枠内は退会者本人が記入すること

退会者記入欄		
私は、従事者共済会規程第18条（退職共済金）・第23条（退職共済金の額）の内容を理解し、下記のとおり脱会を申し込みます。		
脱会理由	*「1年未満での退職が決まった」等、具体的にご記入ください。	
退会者氏名 (自署)		退会者印
		(印)

【注意事項】

- 1 退会者記入欄に退会者本人から脱会理由の記入、署名・捺印をしてもらってください。
- 2 法人代表者印を押印後、本書（原本）を提出し、コピーを施設・団体で保管してください。
必ず退会日翌月10日までの提出が必要です。
- 3 掛金納入期間が12か月以上ある場合、加入者負担分の掛金累計額のみ給付いたしますので、本書（原本）とともに
法人代表者印を押印した「退職共済金受給申請書」をご提出ください。