

5年 11月 1日 提出

岩手県社会福祉協議会会長 様

退会共済金請求書

下記のとおり退会共済金の請求に関する権限を受任したので請求します。

請 求 者	施設団体コード			
	9	1	0	0
	法人	(法人名) 岩盛福社会		
	(代表者氏名)	理事長 岩手 太郎		
	施設	(施設名) いわて苑		
所在地	郵便番号 020-0831 盛岡市三本柳8-1-3			
電話番号	019-637-4466		FAX 番号	019-637-4255

共済事業規程第16条第1号（第2号）の規程により会員資格を喪失したので、下記のとおり事業主に退会共済金の請求に関する権限を委任します。

退 職 者	会 員 番 号				性 別	1. 男 ②		
	0	0	1	0				
氏 名	フリガナ イワテ フクコ		岩手 福子					
住 所	〒 020-0000 盛岡市みどり町みどりハイツ33-1							
元号	生年月日			退会年月日			会費納入最終月	
平成	2	4	2	令和	5	10	31	10
退 職 理 由							コード	
自己都合							09	

実際の退職年月日を記入してください。

退職理由は必ず記入してください。

(会員が死亡した場合)

相 続 人	フリガナ		印	退職者との関係
	氏名			
	住所	〒		