

※受付番号（記入不要）：

様式第8号（第23条関係）

年 月 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			
	法人	(法人名)		
		(代表者氏名)		
	施設	(施設名)		
所在地	郵便番号			
電話番号			FAX 番号	

共済事業規程第16条第1号（第2号）の規定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							
	氏 名	フリガナ		印	性別	1.男		
						2.女		
	住 所	〒						
生年月日	退会年月日		会費納入最終月					
元号	年	月	日	元号	年	月	日	月
退 職 理 由							コード	

（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	〒		