

様式 第7号

共済契約解除申出書

申出事項	共済契約解除申出		
施設団体番号	0		(4ケタ)
共済契約解除年月日	20	年	月 日 (西暦で記入)
記入者氏名			
法人住所 法人名	〒		
理事長・会長名 (共済契約代表者名)		理事長印	Ⓜ
施設・団体住所 施設・団体名	〒		
施設(団体)長名		施設長等印	Ⓜ <small>(ただし、共済会提出書類がすべて共済契約代表者印のみと法人名で共済契約をしている法人は押印の必要はありません)</small>
共済契約解除理由 (できるだけ具体的に記入ください)			
共済契約解除時の共済会加入者人数	人		

* 会員全員の加入者退会報告書・退職給付金支払請求書(様式第2・3号-(1))とあわせて提出してください。

上記のとおり、一般財団法人岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会業務運営規程に基づく共済契約の解除を申出いたします。

なお、共済契約者が契約を解除する場合は、退職給付金(「退会一時金」という。)は、会員掛金総額を支給することを了承します。

共済契約者住所

共済契約者

共済契約代表者名

Ⓜ

年 月 日の上記申出につき、承認いたしましたので通知いたします

年 月 日

一般財団法人岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会理事長 印

【共済会使用欄】 上記届出を承認いたしたく伺います

理事長	常務理事	事務局長	総務課長	係長	係