

〔共済契約解除申出書 記入例〕

(H28. 4改正版)

共済会受付日付印

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 9 9 9 (4ケタ)		
共済契約解除年月日	20 16 年 10 月 1 日 (西暦で記入)		
記 入 者 氏 名	大垣 山子		すべての項目に 記入して下さい。
法 人 住 所 法 人 名	〒503-0001 岐阜県大垣市中濃 1-234 社会福祉法人 大垣会		
理 事 長 ・ 会 長 名 (共済契約代表者名)	理事長 池田 花子	理事長印	社会福祉 法人(大垣会) 理事長之印
施 設 ・ 団 体 住 所 施 設 ・ 団 体 名	〒503-0001 岐阜市各務原 1-2 ケアハウス 老人いこいの家		
施 設 (団 体) 長 名	施設長 池田 花子	施設長等印	㊟ (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)
共済契約解除理由 (できるだけ具体的に 記入ください)	共済契約者及び会員の同意のもと、他の制度へ移行するため。		
共済契約解除時の共済会加入者人数	15 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 岐阜県大垣市中濃 1-234
共 済 契 約 者 社会福祉法人 大垣会
共 済 契 約 代 表 者 名 理事長 池田花子

社会福祉
法人(大垣会)
理事長之印

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