

(様式第5号②)

退会届および退会給付金請求書

令和 年 月 日

島根県民間社会福祉事業従事者互助会理事長 様

下記の役職員同意の上、退会を届出、退会給付金を請求します。

施設・団体番号	施設・団体の名称および代表者
—	①
	所在地および電話番号
〒 —	TEL () —

会員番号	退会者氏名	退職年月日	加入年月※1 (掛金納付開始月)	退会年月※2 (掛金納付最終月)
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分
		年 月 日	年 月分	年 月分

※1 加入年月は、加入承認書や掛金請求書請求明細で確認の上、記入してください。

※2 休職期間中に退会する場合は、退職年月日の属する月を記入してください。