

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
—	

会員番号	退会者氏名	加入年月 ^{※1} (掛金納付開始年月)	退職年月日	退会年月 ^{※2} (掛金納付最終年月)
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月
		S H R 年 月	R 年 月 日	R 年 月

※1 加入年月は、加入承認書や掛金請求書請求明細に記載されています。

※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。