

⑧会員が退職したとき

※受付番号（記入不要）：

様式第8号（第23条関係）

7年 11月 1日 提出

岩手県社会福祉協議会会长様

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				
	9	1	0	0	0
	法人	(法人名) 岩盛福祉会			
		(代表者氏名) 理事長 岩手 太郎			
	施設	(施設名) いわて苑			
所在地	郵便番号 020-0831 盛岡市三本柳8-1-3				
電話番号	019-637-4466	FAX番号	019-637-4255		

共済事業規程第16条第1号（第2号）の規程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				実際の退職年月日を記入してください。				退職理由は必ず記入してください。		
	0	0	1	0							
	氏名	フリガナ イワテ フクコ				印				性別	1. 男
		岩手 福子									② 女
	住所	〒020-0000 盛岡市みどり町みどりハイツ33-1									
	生年月日				退会年月日				会員納入最終月		
	元号	年	月	日	元号	年	月	日	月		
	平成	3	4	2	令和	7	10	31	10		
	退職理由								コード		
	自己都合								0	9	

（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	〒						