

無 給 付 通 知 書

(西暦)

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿
次のとおり届出します。

作成年月日 年月日

枠内を記入(入力)してください。

事業所番号 (共済契約者等) 施設等名 (右づめでご記入ください。) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 代表者名 電話番号	記入者・担当者氏名 連絡先電話番号
---	------------------------------

加入者番号 (右づめでご記入ください。) ← 事業所番号 → <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div></div>	(西暦) 年 月 日 退職死亡 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ 加入者氏名	退職事由 <input type="checkbox"/> 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 <input type="checkbox"/> 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他 加入期間 <input type="text"/> ヶ月

加入者番号 (右づめでご記入ください。) ← 事業所番号 → <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div></div>	(西暦) 年 月 日 退職死亡 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ 加入者氏名	退職事由 <input type="checkbox"/> 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 <input type="checkbox"/> 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他 加入期間 <input type="text"/> ヶ月

加入者番号 (右づめでご記入ください。) ← 事業所番号 → <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div></div>	(西暦) 年 月 日 退職死亡 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ 加入者氏名	退職事由 <input type="checkbox"/> 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 <input type="checkbox"/> 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他 加入期間 <input type="text"/> ヶ月

加入者番号 (右づめでご記入ください。) ← 事業所番号 → <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div><div style="width: 15%;"></div></div>	(西暦) 年 月 日 退職死亡 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ 加入者氏名	退職事由 <input type="checkbox"/> 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 <input type="checkbox"/> 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他 加入期間 <input type="text"/> ヶ月

【作成にあたっての注意】

には黒のボールペン等消えない筆記具で枠からはみ出さないように明りょうに記入してください。

【個人情報の取り扱いに関する注意事項】

この個人情報は、退職共済およびこれに付帯する事業の目的のみで利用されます。

※福利協会使用欄	事務局長	事務局次長	事務局	主任	内容	電算処理