

特定退職金共済制度 加入取消申出書

事業所・事業主記入欄	新潟商工会議所 御中			
	<p>特定退職金共済制度の下記被共済者（加入申込者）は、加入日より被共済者資格がないことが判明いたしましたので、加入（申込）取消を申し出します。</p> <p>つきましては、共済契約を取り消し、払込掛金を返還願います。</p>			
	20 年 月 日		共済契約者 (事業所名) (事業主名)	
	加 入 日		20 年 月 1 日	
	被共済者番号		被共済者氏名	フリガナ
	取 消 事 由 該当する事由に ☑ をしてください。	<input type="checkbox"/> 加入日以前に退職（退職日 20 年 月 日） <input type="checkbox"/> 加入日以前より役員（就任日 20 年 月 日） <input type="checkbox"/> 加入日以前より事業主と生計を一同とする親族 <input type="checkbox"/> その他		
	*加入日以前より役員だった場合は役員就任日が確認できる書類を添付。			
口 数 ・ 掛 金	口 円			
退職金共済証	添付 有 ・ 無	「無」の場合、その理由 交付前 ・ 紛失		
退職金共済証紛失念書 共済証紛失の場合はご署名、ご捺印ください。	<p>紛失した退職金共済証が見つかった場合は、ただちに返還いたします。また、本件について紛議等が生じましても、私が一切の責任を負い、貴団体および大樹生命保険株式会社に対し、何らご迷惑をおかけいたしませんことを誓います。</p> <p>共済契約者 (事業所名) (事業主名)</p>			
印				

大樹生命保険株式会社 御中	20 年 月 日
<p>特定退職金共済制度（新企業年金保険契約）について、加入（申込）取消を上記のとおり申し出します。</p>	<p>団体名 新潟商工会議所</p> <p>代表者名</p>
印	

会社使用欄	団 体 番 号						備 考	営業部受付	本店受付
	整 理 番 号								
	営 業 部 名	担当者印	点検者印						