

# 退 会 届

令和 年 月 日

山口県知的障害者福祉協会長 様

会員又は代理人

氏 名

印

施設入所者共済互助会を退会します。

所属支部	
会員番号	
入所者氏名	
退会年月日	年 月 日
退会事由	<p>※（本人死亡、互助会加入の他施設に入所（掛金引継）、他施設（共済互助会未加入）に入所、その他）から選択</p> <p>※死亡年月日→</p> <p>※転出施設名→</p> <p>※その他の具体的理由→</p> <p>退会後の掛金を返金してください※</p> <p style="text-align: right;"><small>※は返金（年度途中退会で掛金残り、異動先に引き継がない、当該年度に入院給付金実績なし）があるとき選択</small></p> <p style="text-align: center;">金融機関名：山口</p> <p style="text-align: center;">支店名：</p> <p style="text-align: center;">振込先：種別：普通 口座番号：</p> <p style="text-align: center;">口座名義：</p> <p style="text-align: center;">（フリガナ）</p>

上記、退会届の記入事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

施設名

支部長

印