

常務理事	局長	局次長	係員	

掛金中断届

記入日 西暦 年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会 会長
下記のとおり、加入者の掛金中断について届出します。

施設番号		代表者印(公印)
施設・団体名		
代表者名		

加入者番号	
加入者氏名	
中断開始年月	西暦 20 年 月 から掛金納付を中断します。

貸付金の有無	有 ・ 無	有の場合➡	☐	貸付者であることを共助会に連絡済です。
--------	-------	-------	--------------------------	---------------------

※ いずれかに○。 ※「有」の場合、共助会にお問合せください。問合せ完了後、レ点チェックしてください。

中断の理由(いずれかにレ点チェック)		
☐	産・育休	産休・育休のほか、子の介助なども該当します。
☐	病休	身体的な傷病、精神的な傷病、どちらも該当します。
☐	介護	身体的な介護、精神的な介護、どちらも該当します。
☐	その他	上記理由に該当しない場合は必ず共助会にお問い合わせください。 共助会から指示があった場合のみ、その他にレ点チェックし、下記の備考欄に理由を具体的に記入してください。
	備考	