

常務理事	局長	局次長	係員	

取消願

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、該当の届出について取消をお願いします。

退職共済システムにて届出入力を行った場合は、毎月10日の締切日までは、
システムから取消(届出の削除)が可能です。

【以下、確認のうえ、レ点チェックしてご提出ください。チェックがない場合、受付できません。】

- ☐ この取消について、加入者も同意しています。
- ☐ この取消において、虚偽はありません。
(虚偽の届出により加入者本人や共助会へ重大な損害が発生するおそれがある場合、この取消願について無効とさせていただきます場合があります。)
- ☐ 取消理由によっては受付されない場合があることを了承しました。

施設番号		代表者印(公印)
施設・団体名		
代表者氏名		

【取消事項】※加入者を指定する必要がない場合は、「届出様式名称」から記入してください。

加入者番号		加入者氏名	
届出様式名称			
取消理由			

記入見本

加入者番号	1234567	加入者氏名	共済 太郎
届出様式名称	掛金中断届		
取消理由	休職する予定であったが、取りやめとなったため		

※「届出様式名称」は、該当する届出の様式名称を記入してください。
※「訂正項目」の欄は、訂正したい項目を明確に記入してください。
※加入者が一日でも在籍した場合、掛金が発生いたします。この場合の加入取消はできません。
※月をまたいで取消は、2ヶ月までです。届出により2ヶ月の定義は異なりますので、遡及できる月数の詳細については、事務の手引きを参照してください。