

常務理事	局長	局次長	係員	

掛金中断届

記入日 西暦 20×× 年 1 月 1 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	0 0 0 0	代表者印(公印) 社会福祉法人千葉県社会福祉事業共助会 理事長印
施設・団体名	(特養) 千葉みなと	
代表者氏名	千葉 花子	

加入者番号	000000
加入者氏名	共済 太郎
中断開始年月	西暦 20 ×× 年 1 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		