

退職互助部

※ 一 金 円			
審査の結果上記のとおり支給額を決定する。			
脱 退 一 時 金 請 求 書			
請 求 金 額	円		
元 会 員 氏 名	(生年月日) 年 月 日	番 号	(共済組員等記号番号)
会 員 の 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	平成 年 月 日	期 間	年 月
会 員 の 資 格 を 喪 失 し た 年 月 日	令和 年 月 日		
脱 退 す る 理 由	<p>現職会員の資格を喪失しましたので、一般財団法人高知県教職員互助会退職互助部運営及び給付規則実施細則第14条の規定により脱退一時金を請求いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 旧 所 属 所 名</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>または遺族氏名</p> <p>会 員 と の 続 柄 ()</p> <p>一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様</p>		
振 込 先 (請求者名義)	銀 行 名	本・支店名	普通預金 口座番号
会員以外の者が請求する場合のみ記入してください。	銀行	本店・出張所 支 店	

(1) ※印は記入しないでください。