

※ 一金 円			
査定の結果上記のとおり支給額を決定する。 年 月 日			
脱 退 一 時 金 請 求 書			
請求金額	円		
元会員氏名	福利 太郎 (生年月日) 昭和 40年 2月 15日	番号	(共済組合証番号) 1 2 3 4 5 6
会員の資格を取得した年月日	昭和 16年 4月 1日 平成	期間	15年 0月
会員の資格を喪失した年月日	平成 31年 4月 1日		
脱退する理由	退 職		
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。  平成 31年 4月 1日  請求者 旧 所 属 所 名 ○○小学校 住 所 高知市本町1丁目1-1 氏 名 福利 太郎 印 または遺族氏名 会員との続柄 ( 本人 )  一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様			
振込先(請求者名義)	銀行名	本・支店名	普通預金 口座番号
特別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。