



共済手帳重複届

令和 年 月 日

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

共済契約者 (事業主)	}	フリガナ	(〒 -)
		住所	_____
		氏名又は名称	_____
		電話番号	()
		共済契約者番号	_____

共済手帳が重複しているので、「清酒製造業退職金共済手帳」を添えてお届けします。

紛失手帳あり (共済手帳を紛失している場合は、「紛失手帳あり」に○をしてください。)

フリガナ	
被共済者氏名	

※清退共本部記入欄

1. 取消手帳 (年度交付 / 助成)

被共済者番号 _____

2. 存続手帳 (年度交付 / 助成)

被共済者番号 _____

3. 取消手帳の証紙貼付実績と実貼付日数

証紙	50円	70円	100円	150円	200円	240円	300円(1)	300円(2)	300円(3)
紫									
緑									

4. 合算実績

証紙	50円	70円	100円	150円	200円	240円	300円(1)	300円(2)	300円(3)
紫									
緑									

- (注) 1. 本書は1部作成して、清退共支部へ提出してください。
 2. 太枠の中のみ記入してください。

