

共済手帳返納届

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

令和 年 月 日

共済契約者番号

--	--	--	--	--	--

今回返納人数

	人		/		枚目
--	---	--	---	--	----

申請者 (共済契約者)	住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									ご担当者	ご担当部署
名称・氏名	役職・氏名											
	電話番号											
	FAX番号											

(注) 手帳返納者が6人以上の場合(返納届が複数枚にわたるとき)は、2枚目以降は契約者番号と枚数のみをご記入ください。

下記の共済手帳を返納いたします。

手帳番号順に記入して下さい。					返納手帳の 証紙貼付日数		返納手帳の 交付年度 <small>(平・令を○で 囲んで下さい)</small>		
No	被共済者番号				フリガナ 被共済者氏名	円	円	平	令
1						紫	紫	○	年度
						緑	緑		
2						紫	紫	○	年度
						緑	緑		
3						紫	紫	○	年度
						緑	緑		
4						紫	紫	○	年度
						緑	緑		
5						紫	紫	○	年度
						緑	緑		

- (注意) 1 共済手帳は被共済者ご本人が所持するものです。被共済者の行き先が判らず共済手帳を渡せない場合には、清退共でお預かりいたしますので、本書により、共済手帳の返納手続きを行ってください。
2 返納される共済手帳について、必要事項をご記入ください。

※下記の場合には、共済手帳の返納をしてください。

- ① 被共済者死亡以外の理由で、24月以上清酒製造業に従事しないことが明らかになったとき。
- ② 被共済者が届け出住所から転出し、行方不明となったとき。

