

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"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												ご担当者	ご担当部署
役職・氏名															
電話番号	-	-													
FAX番号	-	-													
名称・氏名															

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				
No	被共済者番号						フリガナ 被共済者氏名		円	300円	〔平成・令和のどちらかに チェックを入れて下さい〕		
1								紫		紫		平成	年度
								緑		緑		令和	
2								紫		紫		平成	年度
								緑		緑		令和	
3								紫		紫		平成	年度
								緑		緑		令和	
4								紫		紫		平成	年度
								緑		緑		令和	
5								紫		紫		平成	年度
								緑		緑		令和	

(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。

- 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。
- 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。

支部受付日付印