

共済手帳返納届

申請年月日をご記入ください。

令和 1 年 5 月 7 日

契約者番号・住所・名称・代表者名をご記入ください。

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

共済契約者番号

0 1 9 9 9

今回返納人数

1 人 1 / 1 枚目

返納人数・返納届の枚数をご記入ください。

申請者(共済契約者)	住所	〒 1 7 0 - 8 0 5 5 東京都豊島区東池袋1-24-1	ご担当部署	総務課
	名称・氏名	清退酒造株式会社 酒造 太郎	ご担当者	役職・氏名 総務課長 酒屋 造
			電話番号	03-6731-0001
			FAX番号	03-6731-0002

ご担当部署等をご記入ください。

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。

手帳番号及び氏名(フリガナ)を必ずご記入ください。

No	手帳番号順に記入して下さい。							被共済者番号		フリガナ 被共済者氏名		返納手帳の 証紙貼付日数		返納手帳の 交付年度	
	1	2	3	4	5	6	7	円	300円	紫	緑	平	令	平・令を○で 囲んで下さい	
1	1	2	3	4	5	6	7			セイシュ ジロウ	紫	150	平		30年度
										清酒 二郎	緑		令		
2											紫		平		年度
											緑		令		
3											紫		平		年度
											緑		令		
4											紫		平		年度
											緑		令		
5											紫		平		年度
											緑		令		

貼り付けてある証紙の色を○で囲み1日券と10日券の合計日数をご記入ください。

手帳に記載してある交付年月をご記入ください。

(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。

