

# 掛金助成手帳返納届

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	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	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。

下記の掛金助成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		平 令	年度	
			円	円			
1			紫	紫	平 令	年度	
			緑	緑			
2			紫	紫	平 令	年度	
			緑	緑			
3			紫	紫	平 令	年度	
			緑	緑			
4			紫	紫	平 令	年度	
			緑	緑			
5			紫	紫	平 令	年度	
			緑	緑			

- (注意)
- 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。
  - 返納される掛金助成手帳について、必要事項をご記入ください。
  - 証紙貼付日数欄は、掛金助成日数分を除いた**実際に貼付している証紙日数のみ**をご記入ください。
  - 必ず返納する掛金助成手帳を添付して清退共支部に提出してください。
  - 本書は、掛金助成手帳の返納専用です。**掛金助成手帳以外の手帳の返納については、「様式第25号」をご使用ください。**

※下記の場合には、掛金助成手帳の返納をしてください。

- 被共済者死亡により掛金が12月以上に達しないとき。
- 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
- 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。

