



公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
解約手当金請求書

令和 年 月 日提出

(あて先) 理事長

被 共 済 者	共 済 契 約 番 号	被 共 済 者 番 号
	0	
	被共済者名	
者	解約年月日	平成 令和 年 月 日
	請求者名	(印)
請 求 者	被共済者との続柄(該当するものに○をつけてください)	
	本人	配偶者
	子供	父母
	孫	祖父母
現 住 所	兄弟妹	
	〒	
連絡先TEL		()

事業所名	
事業所TEL	()

振 込 先 金 融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協		店
	口座種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄	口座番号
	口座名義人	カナ	漢字

(ご注意)

- 太枠内をもれなくご記入ください。
- 印かんは、朱肉印をご使用ください。(スタンプ印の場合は取り扱えません)
- 請求は、被共済者死亡時を除き、必ず被共済者本人がおこなってください。
- 解約年月日から5年を経過しますと請求権が消滅します。

受 付 印



公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
解約手当金請求書

平成24年 4月21日提出

(あて先) 理事長

朱肉印を使用してください。銀行印でなくても結構です。

被 共 済 者	共 済 契 約 番 号	被 共 済 者 番 号
	0 8 0 0 0	0 0 0 3
	被共済者名	福 祉 一 郎
請 求 者	解約年月日	平成 24 年 4 月 20 日
	請求者名	福 祉 一 郎 福祉
請 求 者	被共済者との続柄(該当するものに○をつけてください)	
	<input checked="" type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 配偶者
	<input type="radio"/> 子供	<input type="radio"/> 父母
	<input type="radio"/> 孫	<input type="radio"/> 祖父母
	<input type="radio"/> 兄弟姉妹	<input type="radio"/> 兄弟姉妹
現住所	〒 333 - 0845 川口市上青木西1-20-5 上青木西マンション101	
連絡先TEL	0 4 8 (2 5 7) 5 5 5 1	

事業所名	(株) 勤 労 製 作 所
事業所TEL	0 4 8 (2 5 7) 5 5 5 1

振 込 先 金 融 機 関	センター	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	川口支店
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 2 当座 4 貯蓄	口座番号
	口座名義人	カナ	漢字
		0 0 9 9 9 9	フクシ イチロウ 福 祉 一 郎

(ご注意)

- 太枠内をまれなくご記入ください。
- 印かんは、朱肉印をご使用ください。(スタンプ印の場合は取り扱えません)
- 請求は、被共済者死亡時を除き、必ず被共済者本人がおこなってください。
- 解約年月日から5年を経過しますと請求権が消滅します。

本人死亡時以外は
必ずご本人の口座をご記入ください。

本人死亡時以外は
ご本人の現住所をご記入ください。

受 付 印