

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
基本掛金月額中断申請書兼決定通知書

※太枠内を楷書でご記入、押印ください。(ゴム印は使用しないでください。)

					令和 年 月 日					
(あて先) 理事長					共済契約番号	0				
					事業所名					
					代表者名	ⓐ				
					電話番号	()				
基本掛金月額の中断を受けたく、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第10条第2項の規定により申請します。										
被共済者番号				被共済者氏名		同意印	納付中断を受ける月	月のうち2分の1を超えて勤務しない理由		
						ⓐ				
						ⓐ				
						ⓐ				
						ⓐ				
						ⓐ				
(注意) 会費及び過去勤務掛金月額は中断できません。										

上記の申請については、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第10条第3項の規定により、次のとおり決定したので通知します。

☐ 承認 令和 年 月分(月 日納期)から適用します。

☐ 否決 否決理由

共済契約者様

令和 年 月 日

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター

理事長 ⓐ

この通知を受理したときは、共済契約者はすみやかに該当の被共済者にその旨知らせなければなりません。

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
基本掛金月額中断申請書兼決定通知書

※太枠内を楷書でご記入、押印ください。(ゴム印は使用しないでください。)

					令和 年 月 日				
(あて先) 理 事 長									
共済契約番号					0 8 0 0 0				
事業所名					(株) 勤 労 製 作 所				
代表者名					代表取締役 勤 労 太 郎				
電話番号					0 4 8 (4 8 5) 8 6 1 1				

基本掛金月額の中断を受けたく、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第10条第2項の規定により申請します。

被共済者番号				被共済者氏名	同意印	納付中断を受ける月	月のうち2分の1を超えて勤務しない理由
0	0	0	3	福 祉 一 郎	福 祉	5 月 ・ 6 月	病休のため
					印		
					印		
					印		
					印		

(注意) 会費及び過去勤務掛金月額は中断できません。

会社の代表印を
使用してください。朱
銀
行
印
を
使
用
し
て
も
結
構
で
す。

上記の申請については、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第10条第3項の規定により、
次のとおり決定したので通知します。

☐ 承認 令和 年 月分(月 日納期)から適用します。

☐ 否決 否決理由

共 済 契 約 者 様

令和 年 月 日

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター

理 事 長

印

この通知を受理したときは、共済契約者はすみやかに該当の被共済者にその旨知らせなければなりません。