

※再開年月の翌月の10日までに届かない場合、遡及しての再開はできません。

作成日を記入ください。

2000年4月1日

様式7
共済掛金 中 断 再 開 届

一般社団法人
 埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

施設代表者印を押印ください。

施設団体番号 **0950** 施設団体名 **埼玉園**
 所属長名 **浦和 一郎**
 電話番号 **048(831)7547**

下記のとおり共済掛金を、中断・再開するのでお届けします。
 (中断・再開、どちらかにレ印を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 中 断	<input checked="" type="checkbox"/> 再 開
会員番号 <input type="text"/>	会員番号 <input type="text" value="0071"/>
フリガナ 会 員 氏 名	フリガナ トコロザワ ナオミ 会 員 氏 名 所沢 直美
中 断 年 月 (西曆) <input type="text"/>	再 開 年 月 (西曆) <input type="text" value="200004"/>
	標 準 報 酬 <input type="text" value="220000"/>

理由

再開時の月額を「退職共済標準報酬等級掛金表」に基づき記入ください。
 ※中断が10月の掛金変更後である場合は、中断時の標準報酬を記入ください。

共助会受付印 ご注意
 1. 文字・数字は枠内中央にはっきりとお書き下さい。

<提出期限各月10日迄>