

※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**

施設代表者印を押印ください。
Ⓢ

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 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	再開年月 (西暦) <input type="text" value="2000"/> 年 <input type="text" value="04"/> 月分
	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>