

(別紙)

平成 年 月 日

育英・生活年金事業 加入取消(脱退)届出書

一般財団法人石川県教職員互助会 御中

平成30年度「育英・生活年金事業(新規採用教職員対象)」について、加入取消(脱退)したいので届出します。

所 属 所 名	
所 属 所 コード (勤務所番号・下7ケタ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
会 員 氏 名	⑩
職 員 コード (被保険者番号・下6ケタ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
加入取消(脱退) 口 数	<input type="checkbox"/> 本人 _____ 口 <input type="checkbox"/> 配偶者 _____ 口 注意:配偶者のみの加入はできません。(本人加入が条件です) ※該当区分の□に「レ」印を付けてください。
保 険 期 間	平成30年9月1日～平成31年3月31日(7ヶ月)

◎委託会社である明治安田生命保険相互会社からご確認の電話連絡がいく場合がありますのでご了承ください。

提出期限日: 平成30年7月31日(火)