

(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

2019年度「育英・生活年金事業」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。

提出期限日: 平成31年2月22日(金)