

脱退・選択一時金給付申請書(加入者)

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 御中

契約者

(福) 新潟上所福祉会

県社協印

契約番号 39014 事業所番号 003 加入者番号 0030000003

下記のとおり脱退・選択一時金の給付を申請します。



フリガナ	ニイガタシチュウオウク	
住所	新潟市中央区	
フリガナ	ナカムラ	ケイコ
氏名	中村	恵子

性別	生年月日	受給資格取得年月日	就労年月日
女	600621	040930	

送金先	銀行名	口座番号
	第四北越	0123456
口座名義	フリガナ	フリガナ
	中村	恵子

給付要項	基加	給付	種類	一時金額	選択割合	一時金給付指定日			
	01		脱退 選択	209300					
非居住者	基加	給付	(みなし)加入年月日	脱退年月日	事由	実加入期間	総中納期間	計算基礎給与	従業員部出席額
	01		290401	040930	110506				99000

※注意

- ・ 契約者の押印をお願いします。
- ・ 支店名が変更になっている場合がありますので、確認の上、ご記入ください。
- ・ 口座番号は6桁以下の場合は、頭に0を付けて7桁でご記入ください。