

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
掛金中断申請書兼決定通知書

(あて先) 理事長
受付印

共済契約番号

					0	0	0	0
--	--	--	--	--	---	---	---	---

(共済契約者)

本社又は本店の
所在地

本社又は本店の
名称

代表者又は事業主の
氏名

(印)

電話 ()

提出 令和 年 月 日

掛金の中断を受けたく、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第14条第2項の規定により

申請します。

(注) 太線の枠内だけ記入してください。

被共済者番号	被共済者氏名	同意印	納付中断を受ける月	月のうち2分の1を超えて勤務しない理由
		(印)		
		(印)		
		(印)		
		(印)		
		(印)		

上記の申請について、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第14条第3項の規定により次のとおり決定したので通知します。

[決定] ・承認 月分(納期 月 日)から適用します。
・否定[理由]

共済契約者様

令和 年 月 日

理事長 (印)

この通知を受理したときは、共済契約者はすみやかに該当の被共済者にその旨知らせなければなりません。会費の中断はできませんのでご了承ください。

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
掛金中断申請書兼決定通知書

(あて先) 理事長
受付印

共済契約番号 0 8 0 0 0 0 0 0 0

(共済契約者)

本社または本店の
所在地

川口市上青木西1-20-3

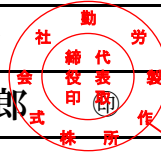
本社または本店の
名称

(株) 勤労製作所

代表者または事業主
の氏名

代表取締役 勤労太郎

電話 048(257)5551



会社の代表印を
使用してください。

提出 平成 年 月 日

掛金の中断を受けたく、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第14条第2項の規定により
申請します。

(注) 太線の枠内だけ記入してください。

被共済者番号	被共済者氏名	同意印	納付中断を受ける月	月のうち2分の1を超えて勤務しない理由
0 0 0 3	福祉 一郎		5月・6月	病休のため
		印		
		印		
		印		
		印		

朱肉印を使用してくださいます。
銀行印でも結構です。

上記の申請について、中小企業従業員退職金共済事業実施規則第14条第3項の規定により次のとおり
決定したので通知します。

[決定] ・承認 月分(納期 月 日)から適用します。
・否定[理由]

共済契約者様

平成 年 月 日

理事長 印

この通知を受理したときは、共済契約者はすみやかに該当の被共済者にその旨知らせなければなりません。
会費の中断はできませんのでご了承ください。