## 退職互助一時払積立金・積立返戻金照会用紙

J A福島共助会 御中 (FAX 024-554-3510)

<u>団 体 名</u>	
担当者名	<b>(FI)</b>
FAX 番号	

下記の会員の退職互助一時払積立金等について照会いたしますので、よろしくお願いいたします。

記

				一時払積立金	不足期間	積立返戻金
会員コード	会員氏名	解約年月	解約理由	(不足している期間	(不足してい	(解約までに積
(団体コードー会員番号) 云貝八石	(月末)	(○で囲む)	がある場合に納入す	る月数)	立した額)	
			る額)※	*	*	
_	年月	1. 定年(選択)				
		平 月	2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		午月	2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		十 月	2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		十 月	2. 自己都合			
	年月	1. 定年(選択)				
		十 月	2. 自己都合			
_		年月	1. 定年(選択)			
			2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		年月	2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		十 月	2. 自己都合			
_	年月	1. 定年(選択)				
		年月	2. 自己都合			

- (注1) ※の欄は、当会で記入いたします。
- (注2) FAX での送付を希望しない場合は、FAX 番号欄に「郵送希望」と記入してください。
- (注3) この用紙は、コピーしてご使用ください。