

## 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)

団 体 名 \_\_\_\_\_ 担 当 者 名 \_\_\_\_\_ 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。

所属団体記入欄						共助会記入欄		
会員コード <small>( 団体コード-会員番号 )</small>	会員氏名	解約年月	解約時年齢 <small>( 30歳未満 照会不可 )</small>	所属団体の 定年退職年齢	解約理由 (○で囲む)	不足期間 <small>( 300月(25年間) に満たない月数 )</small>	一時払積立金 <small>( 不足期間がある 場合払込する額 )</small>	積立返戻金 <small>( 解約までに 積立した額 )</small>
—		年 月	歳	歳	1 定年 2 選択定年 3 退任 4 再雇用終了 5 自己都合	ヶ月	円	円
						<input type="checkbox"/> 照会できませんでした。(ア・イ・ウ) (注1)		
—		年 月	歳	歳	1 定年 2 選択定年 3 退任 4 再雇用終了 5 自己都合	ヶ月	円	円
						<input type="checkbox"/> 照会できませんでした。(ア・イ・ウ) (注1)		
—		年 月	歳	歳	1 定年 2 選択定年 3 退任 4 再雇用終了 5 自己都合	ヶ月	円	円
						<input type="checkbox"/> 照会できませんでした。(ア・イ・ウ) (注1)		
—		年 月	歳	歳	1 定年 2 選択定年 3 退任 4 再雇用終了 5 自己都合	ヶ月	円	円
						<input type="checkbox"/> 照会できませんでした。(ア・イ・ウ) (注1)		

(注1) ア：互助契約を希望できる条件を満たしておりません。 イ：積立未加入 ウ：積立開始前(30歳未満の会員)

(注2) 郵送での送付を希望する場合は、FAX番号欄に「郵送希望」と記入してください。

共助会担当者印