

様式 10 号
共助会会員用

受付日

保険料免除申請書

一般財団法人 福島県農協役員共助会理事長 様

令和 年 月 日届出

共助会総合保険約款第 1 2 条に基づき、無給になりますので別紙証明書を添えて申請します。
なお、育児休業による保険料免除期間中の医療給付金は対象にならないことを承諾いたします。

会員コード	会員氏名
	印

I 休職期間（無給期間）

開始 令和 年 月 日から

終了 令和 年 月 日まで

共助会記入欄

保険料免除期間

開始 R 年 月から

終了 R 年 月まで

II 免除理由 1. 病気療養による無給のため

【添付書類】診断書の写し

休職通知書の写し（休職と無給期間を証明できるものの写し）

2. 育児休業による無給のため

【添付書類】育児休職通知書の写し（育児休職と無給期間を証明できるものの写し）

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

団体名

事業主名 印

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案