

支 払 免 除 届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

契約者番号		契約者名	
共済番号		氏 名	⑩
支払免除開始日	平成 年 月 日		
支払免除終了日 (予 定)	平成 年 月 日		
理 由	1. 育児休業のため 2. 傷病療養のため 3. 介護休業のため 4. その他 () (該当番号を○で囲んでください。)		

上記のとおり共済掛金の支払免除を届けます。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

⑩