

支払免除終了届

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	印
支払免除終了日	平成 年 月 日		

上記のとおり、共済掛金の支払免除終了を届けます。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

印