

退職金共済契約解除申出書

平成 年 月 日

一般財団法人
東京税理士事務所職員退職金共済会
理事長 殿

共済契約者番号					

共 済 契 約 者	所在地	(〒 -)	
	事業所名		届出印
	代表者名		
	電話	() -	

下記理由により退職金共済契約を解除したく申し出ます。

解除年月	平成 年 月
解除理由	

[記入上の注意事項等]

1. 太枠内をボールペンで記入して下さい。
2. 契約解除の申し出については、理事会で審議のうえ、決定通知書を送付いたします。
3. 共済契約者からの契約の解除は、次の一つに該当する場合に限りします。
 - (1) 共済契約者がすべての被共済者の同意を得たとき。(被共済者全員の同意書が必要となります。)
 - (2) 共済契約者が掛金の納入を継続することが著しく困難であると、理事会の議を経て、判断されたとき。
 - (3) 共済契約者が東京税理士会を退会し、契約の解除を申し出たとき。
4. 別途解約手当金の請求手続きが必要となります。

扱者	検印