

様式第2号

一般財団法人 北海道市町村職員福祉協会 業務課 庶務係 あて

積立年金一部払出請求者申出表(一般コース)

福祉協会 FAX番号 011-232-5112

11・1・3・5 月の一部払出(月に○をしてください。)

	加入者番号	氏名(カナで記入してください。)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

年 月 日

上記積立年金(一般コース)加入者につき一部払出を申し出ます。

所属所番号 _____

所属所名 _____

担当者氏名 _____

***この申出表を払出月の前月10日までに福祉協会宛に郵送またはFAXしてください。**

この申出表により、払出月の前月中旬に福祉協会から所属所宛に請求書を送付します。

請求書は払出月の前月末までに福祉協会に提出してください。

請求書記載の金融機関に払出月の中旬頃お支払いとなります。

なお、送金通知書は保険会社から直接ご自宅宛に送付されます。