**自治労専従役職員互助年金共済会　脱退通知兼給付金選択届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

自治労役職員互助年金共済会　御中

　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　生

　　　　　　　　　　　　加入者番号

　　　　　　　　　　　　単組名

　　　　　　　　　　　　県本部名

　　　　　　　　　　　　郵便番号

住所

　　　　　　　　　　　　電話番号（個人連絡先）

私は、次のとおり自治労役職員互助年金共済会の加入資格を喪失しましたので同会を脱退し、給付金を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入資格喪失事由 | 退職（中途・定年）・死亡・その他（　　　　　　　　）  ※いずれかを〇で囲んで下さい。 | |
| 資格喪失日 | 年　　　　　月　末日 | |
| 給付金の選択 | 一時金　　　　　　年金  ※いずれかを〇で囲んで下さい。ただし、加入者が死亡した場合、あるいは加入15年未満の場合は、一時金給付のみとなります。 | |
| 一時金・年金の  受取口座 | 労働金庫  　　　　　　　　銀行 | 支店 |
| 口座（普通・当座）№ | |
| 口座名義人  （原則は本人） | （フリガナ） | |
|  | |

※年は「西暦」でお願いします。

上記書面を受け取りました。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（単組名）

　　　　　　　　　　　　　　　　執行委員長　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　（県本部名）

　　　　　　　　　　　　　　　　執行委員長　　　　　　　　　　　　㊞