

加入口数減口申込書

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

年 月 日

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	() -		

(右づめで記入して下さい)

下記被共済者の加入口数を減口したいので申し込みいたします。

┌─ ※減口をする口数を記入してください。

被共済者 番 号	被共済者氏名	減口年月 (掛金振替月分)	減口 口数	減口の理由 (どちらかに○を付けて下さい)		被共済者の同意書 (被共済者の署名・押印)	
				被共済者 の 同 意	継続が 困 難 <small>(別添理由明記)</small>		
		年 月 振替分から		○			
		年 月 振替分から		○			
		年 月 振替分から		○			
		年 月 振替分から		○			
		年 月 振替分から		○			

【継続が困難な場合の理由】(※具体的に記入してください)

[記入上の注意事項等]

1. 太枠内に必要事項を記入してください。
2. 加入口数の減口申込については、理事会で審議のうえ、決定通知書を送付いたします。
3. 加入口数の減口は、次の一つに該当する場合に限りします。
 - (1)共済契約者が被共済者の同意を得たとき。
 - (2)共済契約者が基本掛金の納入を継続することが著しく困難であると、理事会が判断したとき。
(この事由による場合は、被共済者の同意書欄への署名押印は不要です。)
4. 減口後の基本掛金の口数は、被共済者 1 人につき最低 3 口とし、2 口以下に減口することはできません(1 口千円)。
5. 「過去勤務掛金」継続中の場合は、減口の取り扱いはできません。

扱者	検印