

# 掛金中断申請書 掛金復活届

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	(                    )                    —	

下記被共済者の掛金の振替について 中 断 ・ 復 活 して下さるよう申請します。  
 なお、中断終了後の掛金は、中断終了月までに掛金復活届を提出し、預金口座振替により納付します。  
 (注) 共済契約者の止むを得ない事由による場合の中断期間は、1年を限度とします。

被共済者番号	被共済者氏名	中 断 年 月	復 活 年 月
年 月 日		年 月 振替分から 年 月 振替分まで	年 月 振替分から
中断理由			
年 月 日		年 月 振替分から 年 月 振替分まで	年 月 振替分から
中断理由			
年 月 日		年 月 振替分から 年 月 振替分まで	年 月 振替分から
中断理由			
年 月 日		年 月 振替分から 年 月 振替分まで	年 月 振替分から
中断理由			
年 月 日		年 月 振替分から 年 月 振替分まで	年 月 振替分から
中断理由			

**[記入上の注意事項等]**

1. 中断・復活の区分を○で囲み、太枠内をボールペンで記入して下さい。
2. 中断の申請については、理事会で審議のうえ、決定通知書を送付いたします。
3. 休職又は欠勤による場合は、医師の診断書写し等公的証明書を添付して下さい。
4. 「過去勤務掛金」継続中の場合は、中断の取扱はできません。

扱 者	検 印