

退職後継続意思確認書

令和 年 月 日

一般財団法人高知縣市町村職員互助会 様

所属所	被保険者番号	氏名	退職日
		フリガナ	

次のいずれかに○を記入ください。

1. 「退職後継続」を希望しますので、必要書類を送付ください。
2. 「退職後継続」を希望しません。

互助会記載欄

退職継続移行年月	令和 年 月
----------	--------

切り取り線

退職後継続意思確認書

令和 年 月 日

一般財団法人高知縣市町村職員互助会 様

所属所	被保険者番号	氏名	退職日
		フリガナ	

次のいずれかに○を記入ください。

1. 「退職後継続」を希望しますので、必要書類を送付ください。
2. 「退職後継続」を希望しません。

互助会記載欄

退職継続移行年月	令和 年 月
----------	--------