グループ共済脱退通知書

所属所名

担当者氏名

下記の者が、　　月分給料より控除いたしませんので通知いたします。
※脱退項目に掛金額をご記入ください。

被保険者番号	脱退者氏名	グループ共済			グループ共済プラス		団体傷害保険			医療プラン		入院保障制度			先進型医療サポート			重病克服制度		療養給付制度（本人）	合計保険料	脱退事由（○を記入）
		（本人）	（配偶者）	（子供）	（本人）	（配偶者）	（本人）	（配偶者）	（子供）	（本人）	（配偶者）	（本人）	（配偶者）	（子供）	（本人）	（配偶者）	（子供）	（本人）	（配偶者）			
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他
																						退職・その他

注1．脱退者氏名ごとにご記入ください。
注2．本人がグループ共済を脱退する場合は、加入者全員が脱退となります。本人が、医療プラン・重病克服制度・入院保障制度のみの場合も、その制度加入者は脱退となります。
注3．脱退者がいる場合は、必ず脱退月（給与控除をしない月）の15日までにご提出ください。
注4．脱退事由が「退職」の場合は、退職後継続の意思確認のため「退職後継続意思確認書」を必ず添付ください。
（加入の意思がある場合は、移行手続きの書類をご本人宛お送りいたします。）

一般財団法人　高知県市町村職員互助会