互助会

互助会生命共済脱退通知書

所 属 所 名

担当者氏名

下記の者は、　　月給料より控除いたしませんので通知いたします。

会員番号	氏　　名	生命共済 保　険　料	総合医療共済 保　険　料	合計保険料
合　　計				

注1. 脱退会員氏名ごとにご記入ください。

注2. 本人が脱退する場合は、加入者全員が脱退となります。

注3. 脱退者がいる場合は、必ず給料控除月の15日までにご提出ください。

一般財団法人高知県市町村職員互助会