

特定退職年金共済制度

平成 年 月 日

被共済者減口申込書

共済規約第9条3項に基づき下記被共済者の掛金を減口しますので申したいします。
 なお、減口に伴う給付金は、被共済者が退職する時に合わせてお支払いください。

事業所コード										住 所		〒										電話 ()	
事業所名										代 表 者 名													

被共済者番号	被共済者氏名 (フリガナ)		生 年 月 日				減 口 年 月 日				減口 口数	減 口 事 由 (どちらかに をつけてください)		同 意 者 (被共済者氏名)		
	姓	名	年号	年	月	日	年号	年	月	日		被保険者の 同 意	継 続 が 困 難			
			昭和				平成				0	1				
			平成													
			昭和				平成				0	1				
			平成													
			昭和				平成				0	1				
			平成													
			昭和				平成				0	1				
			平成													

(ご注意)

減口は、共済契約者が被共済者の同意を得た時又は、共済契約者が基本掛金の納付を継続することが著しく困難である時に限ります。

減口事由が掛金の給付困難な時は、同意者欄の記入は不要です。
 別途、理由書を添付してください。

過去勤務通算の場合
 過去勤務掛金の口数は、減口することはできません。
 基本掛金口数の減口は、過去勤務掛金の口数までを限度とします。