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		先進型医療サポート		入院保障制度			重病克服制度		療養給付制度	療養給付制度（精神）	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）	（本人）	（配偶者）	（子供）	（本人）	（配偶者）				
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・その他
																						退職（継続　有・無）・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、基本的に脱退月（給与控除をしない月）の**前月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、継続の有無を記載の上、継続有の場合は口座登録書を必ず添付ください。口座振替の処理上、口座振替用紙の提出も脱退月の**前月15日**までにご提出ください。
注5．締切日以降に退職によらない脱退や予定にない脱退を報告される場合はご相談ください。

一般財団法人　高知県市町村職員互助会