

脱 退 一 時 金 給 付 請 求 書

加 入 番 号			脱 退 区 分		1 一口目脱退 2 二口目脱退 3 1 と 2 の同時脱退	
加 入 年 月 日 (1 口 目)		年 月 日	口 数 追 加 年 月 日 (2 口 目)		年 月 日	
加 入 者	氏 名	男 女		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		電 話 番 号		心身障害者 と の 続 柄	
心 身 障 害 者	氏 名	男 女		生 年 月 日	年 月 日	
脱 退 (口 数 減 少) を し た 年 月 日			年 月 日			
上記のとおり、脱退一時金の給付を請求します。 年 月 日 福岡県知事 殿 (加入者) 氏 名 _____						

(添付書類)

加入者及び心身障害者の住民票の写し（ただし、加入者及び心身障害者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本）

注 氏名欄は、記名押印に代えて署名をすることができます。