

建退共長崎県支部 Fax 095-826-2289

(様式第007号)

退職金請求書送付依頼書

下記に必要事項をご記入のうえ、本依頼書をFaxにて送信してください。
 なお、掛金の満額をお受け取りになれる請求資格は約500日分の積み立てが必要です。(積み立て約250日でも掛金の3割分をお受け取りになれる場合がございます。詳しくは、退職金請求書に同封の「退職金請求手続きのご案内」でご確認ください。)



依頼日： 令和 年 月 日

必 要 部 数	部
---------	---

共済契約者番号：

※番号は契約事業所のみご記入ください。

事業所名：

電話番号：

★ 送付先をご記入ください。

(宛名ラベルとして使用させていただきます。)



郵便番号

〒

ご住所

事業所名

様