厚 生 資 金 積 立 金 中 止 届

（育児休業・病気休職・介護休暇・大学院修学休業）

令和　　年　　月　　日

一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長　様

氏　　名 所　属　所	氏　　名 職員コード 新潟市の職員は８桁の番号を記入 所　属　所 所属コード
理　　由 （○で囲む）	・育児休業　　・病気休職　　・介護休暇 ・大学院修学休業　　大　学　名（　　）
休業・休職・休暇 期　　間	令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで 期間変更の場合は○で囲む〔 延 長 ・ 短 縮 〕
届出者の 住　　所 署　　名	〒　　－ 連絡先電話番号（　　）　　－　　番 上記のため厚生資金積立金の中止期間をお届けします。 署　名　　印
添付書類	□　届出者の辞令（写し） ただし、介護休暇の場合は介護休暇願（写し）

払込金のご案内

◇　積立金の他に貸付金返済や保険料の払い込みがある方は、口座振替にて払い込みをしていただきます。
口座振替申込書をお送りしますので、ご希望の金融機関をお知らせください。

（○で囲む）

払込方法	口座振替
取引金融機関	第四北越・大光・郵便局

財　団　処　理　欄

受　付　印

番　　号	処理年月日	理事長	理　事	事務長	係	入力