厚生資金積立金払戻請求書（兼継続団員申込書）

平成　　年　　月　　日

財団法人　新潟県教職員厚生財団理事長　様

氏　　名 職員コード		所　属　所 所属コード	
退団年月日	平成　　年　　月　　日（退　職）		
退団事由	・退職のため ・転出のため（　　）	継続団員の申込	・申込する ・申込しない ＊申込する場合は、下記継続団員申込書にご記入下さい。
退職後の住所	〒＿＿－＿＿＿＿　　県　　郡・市 電話番号　　（　　）		
請求者の署名	印	性別	男　・　女
		昭和・平成	年　月　日生
受取金融機関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ 口座名義人	
	支店　店番号	口座番号	
証　　明	上記のとおり相違ないことを証明します。 所属所名 所属所長氏名　　職印		

継続団員申込書

＊私は、引き続き継続団員になることを申込みますので、厚生資金積立金から下記の金額を差引き入金します。

（希望の番号を○で囲んでください。）

1. 全額入金（積立金残高が１３０万円以上の方に限ります。）
2. １３０万円
3. ＿＿＿＿万円（希望金額記入。）

継続団員入団資格

①継続団員となる日の前日まで、厚生財団員であった者。
②退職日までの在団期間が２５年以上の者。
③この入団に際して、積立金を１３０万円以上積立てた者。
④退職後も新潟県内に在住する者。
⑤現職中に隣接県に在住し、通勤していた者。

備考　1.「厚生資金積立金払戻請求書兼継続団員申込書」は退職日の翌日までに提出してください。
2. 積立金残高から充当できない場合は不足金額をお知らせしますので、退職金受領後直ちにご送金ください。
3. 積立金受領の日から、継続団員の資格を生じます。
4. 記入された個人情報は、厚生財団の個人情報保護規程に基づいて取り扱い、財団事業目的以外には利用いたしません。

財団処理欄

番　号	送金年月日	コード	地　区
		15	

理事長	事務長	部　長	係	点　検	照　合