

# 病気休職期間中の積立金中止届

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 所属所	氏名 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 職員コード <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	所属所 所属コード	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
病気休職期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
届出者の住所	〒 <input style="width: 150px;" type="text"/>  電話番号( ) - 番		
署名	署名		
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		

※期間を延長された場合は再度ご提出ください。

財団からのご案内

- ◇貸付金の返済や保険料の払込みをされている場合、無給休職中はご本人から口座振替または一括送金していただきます。
- そのための用紙をお送りしますので、ご希望の払込方法と金融機関をお知らせください。

(○で囲む)

払込方法	口座振替 ・ 一括送金
取引金融機関	第四・北越・大光・郵便局

財 団 処 理 欄

番 号	処理年月日	理事長	事務長	部 長	係	照合

受 付 印

