様式第１３号

※本書は原本１通を作成し県社協へ提出してください。
※なお、共済契約者控えとしてコピーをお取りください。

掛金〔中断／中断解除〕届

令和　　年　　月　　日

県社協受付印

山梨県社会福祉協議会長殿

事務担当者氏名	事務担当者連絡先

次のとおり被共済職員の掛金を中断／中断解除しましたのでお届けします。

共済契約者番号				共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名	㊞
					住　所	郵便番号　　電話番号（市外局　　）（　　局）（　　番）
施設・団体番号				施設又は団体	名　称	種　類
					所在地	郵便番号　　電話番号（市外局　　）（　　局）（　　番）
被共済職員番号				氏名	カナ	職　種
					漢字	

中断解除時基準給与月額（注１）	中断解除時被共済職員掛金月額	中断期間 開始年月日（注２）	中断期間 終了年月日（予定）（注３）	解除年月日（注４）	加入年月日
千　円	千　円	令和　年　月　日 1	令和　年　月　日 末	令和　年　月　日 1	昭和 平成 令和　年　月　日
中断理由					

記載注意

1．中断解除届の場合には解除時点の基準給与月額を記入してください。
2．中断開始年月日は、掛金中断開始月の１日付となります。
3．中断終了年月日は、掛金中断最終月の末日となります。
4．解除年月日は、掛金中断解除届の場合のみ記入してください（掛金再開となる月の１日付となります）。