

脱退一時金給付請求書

加入番号		脱退区分	1 一口目脱退 2 二口目脱退 3 1と2の同時脱退	
加入者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	加入年月日	年 月 日	(口数追加) 年月日	心身障害者 との続柄
心身障害者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
脱退した年月			年 月	
上記のとおり、脱退一時金の給付を請求します。				
年 月 日				
(加入者) 氏名				印
茨城県知事 殿				

添付書類 加入者及び心身障害者の住民票の写し(加入者又は障害者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、戸籍の抄本)

(注) 記名押印に代えて署名することができます。