

退職者組合員への移行を行うとき

退職者組合員加入承認申請書

西暦 年 月 日 作成

全国町村職員生活協同組合理事長 殿

上記の承認基準を了承のうえ、退職者組合員への加入を申請いたします。

承認基準

1. 本組合の職域に25年以上勤務し退職。
2. 退職時に5年以上継続して共済事業を利用。
3. 退職時に在職されていた職域において、事務取扱が可能である。

支部番号	団 体 番 号	枝 番	支 部 名	団 体 名
			都道 府県	

組 合 員 番 号	氏名(カナ)	印	退 職 年 月 日 (西 暦)		
	漢字		年	月	日
住 所	郵 便 番 号		日 中 連 絡 先 (携 帯 等)		そ の 他 連 絡 先
	〒	—	—		—
都 道 市 府 県 郡					

処理	
検印	

注 1. 上記、郵便番号、電話番号、住所は今後の送付先・連絡先となりますので必ず記入してください。

【個人情報の取得・利用目的について】

本組合は、共済契約の締結、維持管理及び共済金等の支払いに必要な範囲で個人情報を取得します。取得した個人情報は、これらの取得目的のほか、本人への共済関連情報の提供及び本組合の共済事業の充実に限って利用します。

記入例

本 部 用

退職者組合員加入承認申請書

西暦 2021 年 10 月 5 日 作成

全国町村職員生活協同組合理事長 殿

上記の承認基準を了承のうえ、退職者組合員への加入を申請いたします。

承認基準

1. 本組合の職域に25年以上勤務し退職。
2. 退職時に5年以上継続して共済事業を利用。
3. 退職時に在職されていた職域において、事務取扱が可能である。

本生協の組合員証明を参照のうえ、番号や名称、氏名等を記入してください。

支部番号	団体番号	校番	支部名	団体名
130990900			東京 (都道府県)	〇〇町

氏名を記入のうえ押印してください。

組合員番号	氏名(カナ)	セイキョウ クロウ	退 職 年 月 日 (西 暦)
9876543	漢字	生 協 太 郎	2021 年 10 月 3 日

退職年月日を西暦で記入してください。

住 所	郵便番号	日中連絡先 (携帯等)	その他連絡先
〒999-6789	033-581-0479	090-5555-6666	

日中連絡のつく電話番号を記入してください。

東京 (都道府県)	千代田 (市)	〇〇町大字永田1-1135
-----------	---------	---------------

処理 検印

注 1. 上記、郵便番号、電話番号、住所は今後の送付先・連絡先となりますので必ず記入してください。

【個人情報の取得・利用目的について】

本組合は、共済契約の締結、維持管理及び共済金等の支払いに必要な範囲で個人情報を取得します。取得した個人情報は、これらの取得目的のほか、本人への共済関連情報の提供及び本組合の共済事業の充実に限って利用します。