

年 月 日

一般社団法人香川県中小企業退職金共済会 御中

## 掛金納付月数通算同意書

甲（旧事業所） 共済契約番号  -

住 所

事業所名

代表者名 ㊟

乙（新事業所） 共済契約番号  -

住 所

事業所名

代表者名 ㊟

下記の被共済者より掛金納付月数を通算したい旨の申請があり、甲乙共に同意致しますので、手続きをお願い致します。

記

被共済者氏名	
甲掛金納付最終月	年 月分まで ( / 入金)
乙掛金納付開始月	年 月分より ( / 入金)

※ 別紙に変更事項を入力いたしますので、必ず退職金共済証をご提出下さい。

※ 乙（新事業所）の共済契約番号を取得されていない方は空欄にしておいて下さい。

会 長	副 会 長	事務局長	課 長

担 当	庶 務