

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）

乙（新事業所）

共済契約番号

-

共済契約番号

-

住 所

住 所

事業所名

事業所名

代表者名

Ⓜ 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。

新事業所 引落開始日 年 月分より (年 月 日引落とし)
※金融機関の休業日にあたる場合は、翌営業日となります。

旧被共済者番号	被共済者氏名	共済会使用欄	旧被共済者番号	被共済者氏名	共済会使用欄

※本申請書と併せて **退職金共済証** もご提出下さい。

※ 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