様式６

　　年　　月　　日

一般財団法人岩手県学校安全互助会理事長　様

学校等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長等名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**共済掛金返還請求書**

児童生徒等が被共済者でなくなったことから、未経過期間に係る共済掛金の返還を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 学　年 | 　　　年　　　組 |
| 児童生徒等氏　名 |  | 性　別 | 　　　男　・　女　 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 事由発生日等 | （発生日）　　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| （理由）１　共済契約校以外へ転学２　退学（退所）３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返還金請求額 | 　　　　　　　　　　　円 | 積算内訳（共済掛金（純掛金）×未経過月数/12）　　　　円×　　月/12 ＝　　　　　円 |
| 返還共済掛金受取人 | 氏名 | （児童生徒等との続柄　　　　　） |
| 返還共済掛金受取人金融機関名 | 銀行・金庫・農協　（　　　　　　　　　）本 ・支店　（　　　　　　　　）（店番号　　　　　　） |
| 種別：普通預金・その他（　　　　　）口座番号： | フリガナ |  |
| 名義人 |  |

(個人情報の取扱いについて) 返還共済掛金受取人の方は、次の記載内容にご同意のうえ、請求書を提出してください。

ア　共済事業に関する個人情報は、共済引受審査、共済掛金管理、共済金支給審査及び共済金の支払等のために利用します。

イ　個人情報は、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金請求・支払に関する関係先等に提供を行

い、又は情報の提供を受けることがあります。ただし、保健医療等の特別の非公開情報の利用目的は、法令の規定によ

り業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処　　理　　欄 | 事務局長 | 事務局次長 | 担　当 | 請求額、決定額内訳等 |
|  |  |  | （請求額）　　　　円×　　月/12 ＝　　　　　円（決定額）　　　　円×　　月/12 ＝　　　　　円（銀行振込手数料）　　　　　　　円（決定時点） |
| 返還請求のあった共済掛金については、次のとおり決定することとしてよろしいか。１　返還する。返還額　　　　　　円（決定額　　　　　円　－　振込手数料　　　　　円）２　共済約款第13条第２項で準用する第1項ただし書きに該当することから返還しない。（決定額　　　　　円　－　振込手数料　　　　　円　＝　　　　　　円） |