

(様式7-2号)

支 出 命 令 書
退 会 一 時 金 請 求 書 (年度)
領 収 書

(福利厚生共済制度)

命 令	年 月 日	部 長	課 長	係 長	担 当 者
本書のとおり支出されたい					
金額		支 払 別			
		口 座 振 替			
施 設 名		(施設コード)			
退 会 者	フリガナ				
	氏 名	(職員コード)			印
	住 所	〒()		連絡先電話番号 () -	
	施設採用 年 月 日	加 入 年 月 日	退 会 年 月 日		
振込先 金融機関	銀 行	本 店 支 店 出張所	口 座 番 号		
上記のとおり請求します。					
令和 年 月 日					
契約者					
代表者名					
(あて先)社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会会長					
借 方	貸 方	元 帳	補助簿	番 号	
退会一時金	当座預金				

※ 太枠の中を記入してください。
※ 通帳の写し(金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの)を添付してください。