

東神戸医療互助組合 御中

退 会 届

貴組合を退会します。

届出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

組合員番号 _____

組合員氏名 _____

届 出 人 _____ 印
(自筆署名) 組合員との続柄()

住 所 〒 _____

電話番号 _____

1904

↓事務局記入欄

(受付日:) (取扱支部:) (担当者:) (理由: 1・2・3・4)
会計担当者欄(処理日: /)