

# 特定退職金共済制度契約証明願

1. 共済契約

事業所番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

契約日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

2. 加入人員 \_\_\_\_\_ 名 令和 年 月 日現在

3. 月額掛金 \_\_\_\_\_ 円

共済制度契約状況が上記のとおりであることを証明願います。

代表者氏名

印

\_\_\_\_\_

令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明者

\_\_\_\_\_

印