

掛金納付期限延長申請書

(約款様式第3号)

年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり掛金の納付期限を延長したいので、承認して下さるよう申請します。

機構受付日付印

◎ ◎ ◎
この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	氏名又は名称	㊟		
		主たる事務所の所在地	郵便番号	—	
		事務担当者氏名	連絡先	電話	— —
延長の対象となる掛金	(元号) 年度分 円				
希望する延長期限	年 月 日	延長前の 納付期限	年 月 日		
延長申請の理由 (具体的に記入してください)					
備 考	変更後の 共済契約者(経営者)名 ()		共 済 契 約 者 番 号 ()		

<添付資料>
延長申請の理由証明書 [(例) 風水害等 (市町村長)、火災・地震等 (消防署長又は市町村長)、感染症等 (保健所長)] を添付してください。