

脱退(寄付)申請書

太枠内をご記入ください。

申請者 (この用紙を記入される方)	[記入日] 年 月 日
	[氏名]
	[組合員本人との続柄] (郵便番号) (電話番号)
	[住所]

定款に基づき、当該事業年度末日の90日前までの申請分を当該事業年度の終わりに払い戻しいたします。
尚、やむを得ない理由がある場合はこの限りではありませんので、理由欄に理由をご記入ください。
 出資金の払い戻しは、本人名義の金融機関口座へのお振込みを原則とさせていただきます。

脱退理由	法定脱退 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 定款地域以外への転居) 自由脱退 (<input type="checkbox"/> 病院・診療所等を利用しない <input type="checkbox"/> 臨時支出・一時支出対応のため) (<input type="checkbox"/> その他[])			
出資金通帳の有無	有 無	寄付手続き	出資金をご寄付いただける場	⑩
組合債券の有無	有 無		合、右欄にご捺印ください	
払い戻し 金融機関口座	ゆうちょ銀行以外	銀行 信用組合 支店 信用金庫 農協 出張所		
		[預金種別] [口座番号] ※右づめでご記入ください		
	ゆうちょ銀行	普通貯蓄	[記号]	[番号] ※右づめでご記入ください
		口座名義	[フリガナ] [氏名]	
やむを得ない場合、生協事務局・生協病院・各診療所にて払い戻しいたします。 生協事務局 生協病院 潮江診療所 東尼崎診療所 長洲診療所 生協歯科 本田診療所 ナニワ診療所				
添付書類について	払い戻し手続きには以下のものが必要となりますので添付をお願いいたします。 ■出資金通帳 ■申請者の身分証明書(健康保険証・運転免許証等)の写し ■組合員本人がお亡くなりの場合等により、組合員本人以外の口座に払い戻す際は、組合員本人とのご関係が確認できる書類の写し			

払い戻しは、申請を受理してから約1週間でご指定の金融機関口座へお振込みさせていただきます。
 お問い合わせにつきましては、尼崎医療生活協同組合 生協事務局(06-6436-9500)までご連絡ください。

	組合員番号	組合員氏名	電話番号
	住所		
	伝達事項	脱退金額[円]	

事業所・支部	
承認	受付
	事業所欄記入 添付書類確認
下記に事業所を記入	

生協事務局					
払出	決裁	伝票作成	通帳回収	事務局到着	担当者
		<input type="checkbox"/> 定期増資 <input type="checkbox"/> 組合債確認	<input type="checkbox"/> 通帳有 <input type="checkbox"/> 通帳無	<input type="checkbox"/> 事業所欄 確認	

※事業所[]

脱退(寄付)申請書

見本

太枠内をご記入ください。

申請書を書かれる方

申請者 (この用紙を記入される方)	[記入日] 2025 年 2 月 1 日
	[氏名] 生協 花子
	[組合員本人との続柄] 長女 (郵便番号 〇〇〇-×××× (電話番号 〇〇-〇〇〇〇-△△△))
	[住所] 〇〇県〇〇市△△△

定款に基づき、当該事業年度末日の90日前までの申請分を当該事業年度の終わりに払い戻しいたします。
尚、やむを得ない理由がある場合はこの限りではありませんので、理由欄に理由をご記入ください。
出資金の払い戻しは、本人名義の金融機関口座へのお振込みを原則とさせていただきます。

該当項目に☑

脱退理由	法定脱退 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 定款地域以外への転居) 自由脱退 (<input type="checkbox"/> 病院・診療所等を利用しない <input type="checkbox"/> 臨時支出・一時支出対応のため) (<input type="checkbox"/> その他[])			
出資金通帳の有無	有 無	寄付手続き	出資金をご寄付いただける場 合、右欄にご捺印ください	<input checked="" type="checkbox"/>
組合債券の有無	有 無			
払い戻し 金融機関口座	ゆうちょ銀行以外	銀行 信用組合 支店 信用金庫 農協 出張所	[預金種別] [口座番号] ※右つめてご記入ください	
	ゆうちょ銀行	[記号] [番号] ※右つめてご記入ください		
	口座名義	[フリガナ] [氏名]		
	やむを得ない場合、生協事務局・生協病院・各診療所にて払い戻しいたします。 生協事務局 生協病院 潮江診療所 東尼崎診療所 長洲診療所 生協歯科 本田診療所 ナニワ診療所			
添付書類について	払い戻し手続きには以下のものが必要となりますので添付をお願いいたします。 ■出資金通帳 ■申請者の身分証明書(健康保険証・運転免許証等)の写し ■組合員本人がお亡くなりの場合等により、組合員本人以外の口座に払い戻す際は、組合員本人との関係が確認できる書類の写し			

原則組合員本人の
口座へお振込み

申請者(ご家族)名
義の口座の場合は
組合員本人との関
係性がわかる書類
の写し(戸籍謄本
等)が必要です。

払い戻しは、申請を受理してから約1週間でご指定の金融機関口座へお振込みさせていただきます。
お問い合わせにつきましては、尼崎医療生活協同組合 生協事務局(06-6436-9500)までご連絡ください。

組合員本人名
出資金通帳の
名義人

組合員番号	〇〇〇〇	組合員氏名	生協 太郎	電話番号	〇〇-〇〇〇
住所	〇〇県〇〇市△△△				
伝達事項	金額がわからない場合は空欄 脱退金額[] 円				

事業所・支部	
承認	受付
	事業所欄記入 添付書類確認
下記に事業所を記入 ※事業所[]	

生協事務局					
払出	決裁	伝票作成	通帳回収	事務局到着	担当者
		<input type="checkbox"/> 定期増資 <input type="checkbox"/> 組合債確認	<input type="checkbox"/> 通帳有 <input type="checkbox"/> 通帳無	<input type="checkbox"/> 事業所欄 確認	