減資申請書

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いております。

減　資　理　由	☐ 臨時支出・一時支出対応のため ☐ その他(　　)		
出資金通帳の有無	有　無	減　資　額	※出資金全額を払い戻しする場合は脱退処理となります 百万 十万 万 千 百 十 一 円
組合債券の有無	有　無		

払い戻し金融機関口座	ゆうちょ以外	銀行　信用組合　信用金庫　農協	支店　出張所
		[預金種別] 普通 貯蓄	[口座番号] ※右づめでご記入ください
	ゆうちょ銀行	[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		

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頂きます。
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。

事業所欄	組合員番号		組合員氏名		電話番号
	住所				
	伝達事項	【手続後の通帳等送付先】 **※必ずチェック** ☐事業所へ送付　☐申請者へ郵送			

事業所・支部	
承認	受付
下記に事業所を記入	事業所欄記入 添付書類確認

※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
		☐定期増資 ☐組合債確認	☐ 通帳有 ☐ 通帳無	☐ 事業所欄確認	