共済貯金一部払戻請求書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山形県市町村職員共済組合理事長　様

右詰めでご記入ください。

所属所名	○ ○ ○										
組合員等 記号番号	1	0	0	－			1	2	3	4	
フリガナ	キョウサイ タロウ										本人印（届出印）
氏　名	共　済　太　郎							男・女			共済
生年月日	平成　○○　年　○○　月　○○　日										

払戻金額		千	百	十	万	千				
			¥	1	0	0	0	0	0	円

※請求締切日は、毎月10日で共済組合必着となります。（所属所を経由する場合、担当者には早目に提出してください。）
※払い戻しの額は、請求月の前月末の貯金残高の範囲となります。
※送金日は、その月の28日（その日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）で、送金先は業務用口座となります。
※請求書の押印は、必ず加入申込書に押印した印鑑（変更依頼書により変更を届け出た場合はその印鑑）を使用してください。

所属所受付印	共済組合受付印
印	

システム入力	