

課長	補佐	主幹	担当

組 合 員 貯 金 払 戻 請 求 書

群馬県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住 所 _____

請 求 者 氏 名 _____ (印)

元組合員との続柄 _____

電 話 番 号 _____

貴元組合員（記号番号・氏名） _____ が、
平成 年 月 日に死亡したことにより、組合員貯金の残高については、下記指定金融機関の口座へ
送金されたく、相続人の同意書を添えて請求します。

記

受取金融機関指定届

金融機関名	支店名	預金の種類	口座番号							口座名義人
										フリガナ

(注) 口座名義人は、請求者本人に限ります。

同 意 書

上記の組合員貯金の残高については、上記請求者を代表者にすることに同意します。

(住所)	(氏名)	(元組合員との続柄)
_____	_____	_____ (印)
_____	_____	_____ (印)
_____	_____	_____ (印)
_____	_____	_____ (印)

※必要添付書類 ①相続人と元組合員の続柄を証明するもの。(戸籍謄本など)
②受取金融機関の通帳の写し。