

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 様

令和 年 月 日

住 所

請 求 者

氏 名

㊞

元組合員との続柄

電 話 番 号

貴元組合員（記号番号・氏名）が、  
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)

_____	_____	㊞	_____
_____	_____	㊞	_____
_____	_____	㊞	_____
_____	_____	㊞	_____

※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。