

課長	補佐	主幹	担当

※死亡により解約する場合に提出してください。

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 前橋市〇〇町〇〇-〇〇
請求者氏名 共済 花子 (印)
元組合員との続柄 妻
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

押印してください。

貴元組合員 (記号番号・氏名) 503-12345 共済 太郎 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
〇〇	〇〇	普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子

(注) 口座名義人は、請求者本人に限ります。

同意書

20歳以上の場合
請求者と同印不可

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) 前橋市〇〇町〇〇-〇〇 (氏名) 共済 一郎 (元組合員との続柄) 子
(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。

