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 ○○年○○月○○日

住　所　前橋市○○町○○－○○

請求者　氏　名　共済　花子　㊞

元組合員との続柄　妻

電話番号　○○○－○○○－○○○○

押印してください。

貴元組合員（記号番号・氏名）503－12345　共済　太朗　が、令和 △△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
○○	○○	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）	（氏名）	（元組合員との続柄）
前橋市○○町○○－○○	共済　一郎　㊞	子
	㊞	
	㊞	
	㊞	

※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。