

組合員貯金一部払戻請求書

年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

奈良県市町村職員共済組合貯金規則第11条第1項の規定に基づき積立貯金の一部払戻を請求します。

所属所名			
所属所番号		証番号	
フリガナ			
氏名			

印

共済組合届出印を使用して下さい。

払戻請求金額	千	百	拾	万	千	円
					0	0

金額の頭に¥マークを記入して下さい。

(注)

1. 払戻額は1,000円単位とします。
2. 払戻日は月2回とし、次表のとおりとします。

払戻日 <休日の場合は前日>	締切日(共済組合必着) <休日の場合は翌日>
毎月15日	払戻月の毎月末日
毎月末日	払戻月の15日

※年末の送金日は、本組合の12月最終営業日の前日となります。

3. 払戻先は給付金等振込口座指定届により登録された預金口座に振り込みます。
4. 払戻請求金額の訂正は受付できません。
5. 払戻限度額は締切日の前月末残高以内とします。

所属所共済事務担当責任者確認印