

組合員貯金解約払戻請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

私は奈良県市町村職員共済組合貯金規則に基づき、積立貯金の解約払戻を請求します。

所属所名	□ □ □			
所属所番号	〇 〇 〇	証番号	〇 〇 〇 〇	
フリガナ	〇 〇 〇 〇			届出印
氏名	〇 〇 〇 〇			
フリガナ				実印
承継者氏名				

← 共済組合届出印を使用して下さい。

← 実印を使用して下さい。

(注)

1. 払戻請求月の15日までに共済組合必着とします。
2. 払戻金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。
3. マル優該当者が解約する場合は、「非課税貯蓄廃止申告書」を同時に提出して下さい。
4. 解約月における一部払戻しおよび積み立てはできません。
5. 貯金加入者死亡による解約の場合は、承継者氏名も併せて記入して下さい。

所属所長

□ □ □
△ △ △ △