

## 貯金解約請求書

所属所番号	口座（組合員）番号	所 属 所 名			
フリガナ					お 届 印
組合員氏名					
退職年月日		年 月 日			
遺族請求者	フリガナ			続柄	銀行 支店  (普)No.
	氏名	印		遺族請求者口座	
年 月 日  貯金を解約請求いたします。  茨城県市町村職員共済組合理事長 様		※	定例積立額	千円	
		共	非課税限度額	万円	
		済	送 金 日	年 月 日	
		組	確	入	
		合	認	力	
		使			
		用			
		欄			

注1) ※欄は共済組合が使用しますので、記入しないで下さい。

注2) 死亡退職の場合は組合員のお届け印は不要となり、遺族又は相続人が請求者となります。