

長期勤続退職組合員該当申請書

所属所コード : _____

所属所名 : _____

No.	組合員 証番号	氏名	組合員資格取得 年月日	退職又は退職 予定年月日	組合員期間	受取人遺族		住所 (アパート名、棟、部屋番号までご記入ください) ※ 死亡の場合は、受取人遺族の住所を必ずご記入ください。
						氏名	続柄	
1			年 月			〒
2			年 月			〒
3			年 月			〒
4			年 月			〒
5			年 月			〒
6			年 月			〒
7			年 月			〒
8			年 月			〒
9			年 月			〒
10			年 月			〒
該当者数		人						

※ 送付方法はすべて組合員自宅宛となりますので、住所欄は共済組合登録住所以外をご希望の方のみご記入下さい。

※ 対象者は、茨城県市町村職員共済組合の組合員期間(公立学校共済組合茨城支部の組合員期間を含む。)が20年以上(市町村長にあっては、当該市町村長としての組合員期間が12年以上。)ある者。

上記のとおり、長期勤続退職組合員に該当する者を申請いたします。

年 月 日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

共済事務担当者氏名

印