

貯 金 払 戻 請 求 書

所 属 所 番 号		組 合 員 番 号		所 属 所 名													
フリガナ							お 届 印										
組 合 員 氏 名																	
金 額 (頭部に¥を記入してください。)				百万	十万	万	千	0	0	0	円						
年 月 日  上記金額を払戻いたします。  茨城県市町村職員共済組合理事長 様												※ 共 済 組 合 使 用 欄	前月末残高		円		
													当月積立額		, 000 円		
													送 金 日		年 月 日		
													確 認			入 力	

注1) 払戻できる金額は、前月末残高となります。  
※当月積立額及び決算利息額は、翌月以降でないと払い戻しできません。

注2) 1回の支払日に対して、払戻請求書は1人・1枚となります。

注3) 払戻締切日の3～4日前(土、日、祝祭日を除く。)までに各所属所共済事務主管課へ提出してください。

注4) 締切日までに共済組合へ到着しない場合は、次回の送金日となります。