


貯金払戻・解約請求書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

締切りについては、毎月15日、末日までに共済組合へ原本必着です。

福岡県市町村職員共済組合理事長 様

福岡県市町村職員共済組合貯金規程に基づき、次のとおり請求します。

| | | | |
|----------------------|---------|-----------|---|
| 記 号 | | 番 号 | 届 出 印 |
| 9 9 9 | — | 9 9 9 9 9 |  |
| 所 属 所 名 | 〇 〇 市 | | |
| 組 合 員 氏 名 (貯金者氏名) | 共 済 太 郎 | | |

該当番号を○で囲んでください。

1 払 戻

請求金額を加筆・修正したものは、受付できません。

請 求 金 額

(金額頭部に¥マークを記入してください。)

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 百万 | 千 | 円 | | | |
| ¥ | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(解約の場合は、記入しないでください。)

2 解 約

非課税に該当される方は
「非課税貯蓄廃止申告書」を提出してください。

※ 記入上の注意

- 1 請求金額の数字は楷書で丁寧に記入の上、頭部に¥マークをつけてください。
- 2 貯金加入申込書または貯金変更依頼書の届出印と同一の印鑑で鮮明に押印してください。
- 3 所属所の共済組合事務担当課を経由して提出してください。