

様式第6号

締切りについては、毎月15日、末日、共済組合に  
原本必着となります。  
 締切りに間に合うように、**事前に共済事務担当者**に  
 お渡しください。

共済組合用

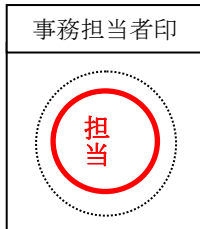
貯金払戻・解約請求

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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。

- **鮮明**に押印してください。
- 不鮮明の場合は、再度、余白に押印してください。
- 紛失している場合は、「貯金変更依頼書（様式第7号）」で改印の手続きをし、併せて送付してください。



記号		番	届出印
9	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		

請求金額を加筆・修正したものは、  
 受付することができませんので  
 請求書を再作成してください。

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

(解約の場合は、記入しないでください。)

該当番号を○で  
 囲んでください。

1. 払 戻

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。