

課長	副課長	係長	回議	係	印鑑照合	送金日
						/

組合員→所属所→共済組合

共済貯金解約請求書

私は、徳島県市町村職員共済組合組合員貯金規程を承知の上、共済貯金を解約します。

21	解 約	
請 求 日	令和	年 月 日
所 属 所 名		
組 合 員 号 記 号 番 号	—	
(フリガナ)		
組 合 員 氏 名		
日中の連絡先☎	—	—
	携帯・自宅・勤務先・その他()	
		共済貯金お届け印
		共済組合に登録されているお届け印と一致しない場合は、払戻しできません。

解 約 理 由 (いずれかに○)	組合員資格喪失 ・ 退職 ・ 他共済転出 ・ 非常災害 ・ その他(自己都合等)
---------------------	--

上記のとおり請求書を送付します。
令和 年 月 日
職 名
所属所長
氏 名
徳島県市町村職員共済組合理事長 様

[ご注意]

- この請求書は、各所属所の共済事務担当課を経由し、共済組合へ提出してください。
- 解約希望月の前月25日(共済組合必着)までに提出してください。解約払戻金の送金日は翌月15日です。(送金日が金融機関の休業日となるときは前営業日の送金となります。)
- 解約払戻金の送金先は、共済組合に登録されている給付金等受取口座となります。