

課長	副課長	係長	回議	係

## 共済貯金残高証明願

徳島県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所属所名

組合員記号番号 ( - )

共済貯金お届け印

組合員氏名

印

日中連絡先☎

( - - )  
携帯・自宅・勤務先・その他 ( )

このたび、下記事由により私名義の共済貯金残高の確認が必要となりましたので、証明願います。

記

### 1. 私用

共済貯金の現在高を確認するため。

### 2. 各種機関提出用（証明印が必要な場合）

残高確認 指 定 日	令和 年 月 日現在の残高
使用目的	
提 出 先	

※1・2のいずれかを○で囲んでください。

※2の場合は、残高確認指定日、使用目的、提出先をご記入ください。