

任意継続掛金還付請求書

長野県市町村職員共済組合理事長 様



令和 年 月 日

下記のとおり任意継続掛金の還付を請求します。

請求者	氏名					任意継続組合員であつた者との続柄	
	住所	〒					
	電話番号	-					
任意継続組合員証				任意継続組合員であつた者の氏名			
記号			番号				
還付を受けようとする金額					還付を受けようとする理由	令和 年 月 日 任意継続組合員資格喪失のため	
還付金の振込先金融機関	名称	銀行・金庫		銀行コード	フリガナ		
		組合・農協					
	本・支出張所		支店コード	口座名義人			
口座番号						普通預金に限ります。	

- 資格喪失事由が死亡以外は、任意継続組合員であつた者本人が請求してください。
- 請求者が相続人である場合は、「死亡診断書」及び「先順位の相続人であることを証明する書類（戸籍謄本等）」の添付を要します。
ただし、「埋葬料」の請求により確認できる場合は、省略できます。

還付金決定欄（共済組合記入）								
払込年月	令和 年 月	払込区分	1 月払い 2 半年前納 3 1年前納	短期任意継続掛金還付金				円
還付期間及び月数	年 月～ 年 月（ 月）			介護任意継続掛金還付金				円
還付通知書	別紙のとおり	還付日	令和 年 月 日	還付金合計				円
課長	課長補佐	係長	係	担当者	決裁日			
					通知日			
					入力日			