

給付金振込口座指定届

令和 年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

請求者

住所 ○○市○○1-2-3

氏名 共済 花子 (印)

(シャチハタ印はご遠慮ください。)

元組合員の組合員証記号番号 (○○○ - ○○○)

元組合員の氏名 共済 太郎

元組合員との続柄 妻

別紙請求書による給付を請求いたしますので、請求者（地共法第42条に規定する受給権者をいう。以下同じ。）である私名義の下記指定口座へ当該給付金を振り込みくださいますようお願いいたします。

なお、以後発生する地共法第47条に規定する支払未済となっている各給付（以下「各給付」という。）で、貴組合より自動払いに係るものに限っても同口座へ振り込みくださるようお願いいたします。ただし、前文「なお書き」における自動払いに係る各給付（差額給付を除く。）で、私と元組合員（当該死亡した者）との続柄において、貴組合が遺族等（地共法第45条の規定に基づく者をいう。）に該当しないと認めた場合は、私が請求者でないことをあらかじめ承知いたしております。

記

《預金通帳にて確認のうえ、もれなく記入してください。》

振込指定金融機関	本支店名	口座名義人氏名 (上記請求者の名義に限る)
<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	(フリガナ) キョウサイ ハナコ
<input type="checkbox"/> 労働金庫	○○○	共済 花子
<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 出張所	
<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 本所	
<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 支所	
	<input type="checkbox"/> 店	
	金融機関コード	本支店コード
	9 9 9 9	1 2 3
		普通預金口座番号
		0 1 2 3 4 5 6 7

・数字は右づめで記入してください。

(注) 本指定届は、組合員が死亡した場合において発生する埋葬料(地方公務員等共済組合法第65条第2項の規定に該当したことにより発生する埋葬料を除く。)・弔慰金の給付、又は組合員の死亡後において組合員が支給を受けることができた給付で、支払未済となっている給付を請求する場合に限り各請求書に添付してください。