

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

別紙埋葬料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します。

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	○○○	(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"/> 信用金庫										
<input type="checkbox"/> 信用組合										
	金融機関コード	本支店コード	普通預金口座番号							
	9 9 9 9	1 2 3	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 [埋葬料専用] は、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のみを請求する場合に限り埋葬料請求書に添付してください。