

# 任意継続掛金還付請求書

下記のとおり任意継続掛金の還付を請求します。

長野県市町村職員共済組合理事長 様  
平成 年 月 日

共済組合  
受付印

請求者

郵便番号								
住 所	市 郡			町 村				
電話番号								
氏 名							印	任意継続組合 員であった者 との続柄

任 意 継 続 組 合 員 証								任意継続組合員であった者の氏名			
記号					番号						
還付を受けようとする金額		円						還付を受けようとする理由	平成 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 組合・農協他						フリガナ			
		本・支 出張所						口座名義人 (請求者)			
	口座 番号							・郵便局は取扱できません。 ・普通預金に限ります。			

**記載に係る注意事項**

- 1 資格喪失事由が死亡以外は、任意継続組合員であった者本人が請求してください。
- 2 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。
- 3 全欄について必ず記入してください。

還付金決定欄（共済組合記入）										
払込年月	平成 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	平成 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				