

任意継続掛金還付金請求書

組合員記号・番号 又は個人番号			組合員氏名	
			旧所属所名	
過払い期間	(空欄でもよろしいです。) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (月分)			
請求金額	円	(空欄でもよろしいです。)		
		(共済組合記入欄)		
		還付金額	円	
振込年月日	平成 年 月 日			
還付を受ける理由 <small>* 該当する番号に○をしてください。</small>	1. 他の医療保険制度に加入するため 2. その他 ()			
還付金の振込先 <small>* 該当する番号に○をしてください。 * 2に○をした場合は金融機関名等を記入してください。</small>	1. 任意継続掛金の振替口座と同じ口座 2. その他の口座・・・口座名義人・金融機関名・支店名・口座種類・口座番号を確認できる通帳の写しを添付してください。			
	金融機関名	銀行	支店名	支店出張所代理店
	口座種別	普通預金	口座番号	
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者 住所 〒 氏名 (印) 組合員であった者との続柄 ()				

(注) 請求者が、組合員であった者の相続人であるときは、組合員であった者との続柄を記入し、次の書類を添えて請求してください。

- ① 組合員であった者の死亡診断書又はこれに代わるべき書類
- ② 組合員であった者の先順位の相続人であることを証明する書類
- ③ 請求者の口座を確認できる金融機関の通帳の写し
(口座名義人・金融機関名・支店名・口座種類・口座番号を確認できるもの)
- ④ 支払未済給付請求書 (組合員資格喪失後に給付金が発生した場合に必要)

決 裁	平成 年 月 日	課 長	合 議	主 査