任 意 継 続 掛 金 還 付 金 請 求 書

<table>
<tr><td rowspan="2">組合員記号・番号
又は個人番号</td><td rowspan="2"></td><td>組合員氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>旧所属所名</td><td></td></tr>
<tr><td>過 払 い 期 間</td><td colspan="3">（空欄でもよろしいです。）
令和　　年　　月　　～　　令和　　年　　月　　（　　月分）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">請　求　金　額</td><td rowspan="3">（空欄でもよろしいです。）
円</td><td colspan="2">（共済組合記入欄）</td></tr>
<tr><td>還　付　金　額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>振 込 年 月 日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>還付を受ける理由
＊該当する番号に〇をしてください。</td><td colspan="3">１．他の医療保険制度に加入するため
２．その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">還付金の振込先
＊該当する番号に〇をしてください。
＊２に〇をした場合は金融機関名等を記入してください。</td><td colspan="3">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。</td></tr>
<tr><td>金融機関名</td><td>銀行</td><td>支店名</td><td>支店
出張所
代理店</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>普通預金</td><td>口　座　番　号</td><td></td></tr>
</table>

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

令和　　年　　月　　日

請求者　　住所　〒

氏名

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）

<table>
<tr><td rowspan="2">決
裁</td><td rowspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td>課　　長</td><td>合　　議</td><td>主査</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>