

共済貯金残高証明依頼書

所 属 所 名

組合員記号番号 -

組 合 員 氏 名

資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日

依 頼 理 由

.....

上記のとおり共済貯金残高の証明をお願いいたします。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

依頼者 住 所

氏 名 印

上記のとおり相違ないことを認めます。

平成 年 月 日

共済事務主管課名

共済事務主管課長氏名 印