

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 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

年 月 日

依 頼 者 住 所

氏 名

上記のとおり相違ないことを認めます。

年 月 日

共済事務主管課名

共済事務主管課職員氏名