

# 共済貯金証明書等交付依頼書

所 属 所 名

組 合 員 等 記 号 番 号

組 合 員 氏 名

証 明 書 の 使 用 目 的

証明書等種類		* 必要な証明書等欄に○を付けてください。	
共済貯金残高証明書	【証明年月日】	年 月 日 時点	(注) 日付指定がない場合は、依頼日の前月末日時点の残高を証明します。
	【発行枚数】	枚	
共済貯金残高 入払履歴証明書	【証明期間】	年 月 日から	(注) 原則、依頼日より直近2年以内の期間とします。
		年 月 日まで	
その他 ( )			

上記のとおり共済貯金に係る証明書等の交付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

共済事務担当者氏名