

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

公金受取口座情報を利用するための同意書

私は公金受取口座情報を利用するため、以下の特定個人情報について提供することに同意し、茨城県市町村職員共済組合が公金受取口座情報を照会するために必要である項番 1~6 を利用した被保険者枝番を取得する事務(個人番号が不明な場合は項番 2~7 を利用した個人番号照会事務を含む。)を実施することに同意します。

○年 ○月 ○日

氏名 共済 花子

●該当事務手続(該当事務に○をつけてください。)

該当する事務に○印を記載してください。

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| <input type="radio"/> | 埋葬料・家族埋葬料(附加金)請求 |
| <input type="radio"/> | 弔慰金・家族弔慰金請求      |
| <input type="radio"/> | 支払未済給付金請求        |

●対象組合員の記号番号及び氏名(亡くなられた方)

|       |             |
|-------|-------------|
| 記号番号  | ○○○ - ○○○○○ |
| 組合員氏名 | 共済 太郎       |

●同意者(請求者)

| 項番 | 項目                    | 記入欄                                   |
|----|-----------------------|---------------------------------------|
| 1  | 個人番号                  | ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○                   |
| 2  | フリガナ                  | キョウサイ ハナコ                             |
| 3  | 氏名                    | 共済 花子                                 |
| 4  | 組合員との続柄               | 妻                                     |
| 5  | 性別                    | 女                                     |
| 6  | 生年月日                  | ○年○月○日                                |
| 7  | 住所<br>※個人番号が不明の場合のみ記入 | ※住民票登録住所を記載してください。<br>○○県○○市○○町○○○-○○ |

必ず住民票に登録されている住所を記載してください。

※ 取得した被保険者枝番及び個人番号は、公金受取口座に給付金を給付後速やかに削除します。