

別紙3

長期勤続退職組合員該当者申請書

福利厚生課扱

所属所コード: 〇〇〇

所属所名: XXXXX市役所

No.	組合員証番号	氏名	組合員資格取得年月日	退職又は退職予定年月日	組合員期間	受取人遺族		住所 (アパート名、棟、部屋番号までご記入ください。) ※死亡退職の場合は、受取人遺族の住所を必ずご記入ください。
						氏名	続柄	
1	〇〇〇〇〇	共済 太郎	X〇〇.〇〇.〇〇	X〇〇.〇〇.〇〇	〇〇年 〇〇月			〒
2	〇〇〇〇〇	組合 二郎	X〇〇.〇〇.〇〇	X〇〇.〇〇.〇〇	〇〇年 〇〇月			〒
3	〇〇〇〇〇	茨城 三太	X〇〇.〇〇.〇〇	X〇〇.〇〇.〇〇	〇〇年 〇〇月	茨城 共子	妻	〒〇〇〇-〇〇〇〇 XXXXX市XX町〇〇〇-〇〇
4								〒
5								〒
6								〒
7								〒
8								〒
9								〒
10								〒
該当者数		3 人						

※ 年度末退職者以外の送付方法は組合員自宅宛となります。住所欄は共済組合登録住所以外をご希望の方のみご記入ください。

※ 対象者は、茨城県市町村職員共済組合の組合員期間（公立学校共済組合茨城支部の組合員期間を含む。）が20年以上（市町村長にあっては、当該市町村長としての組合員期間が12年以上。）ある方。

※ 共済事務担当課は、該当要件を有する組合員を確認のうえ、毎月10日までに「申請書」により申請してください。

上記のとおり、長期勤続退職組合員に該当する者を申請いたします。

XXXX年〇〇月〇〇日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

共済事務担当者氏

XXX XXXX