

過 納 掛 金 返 還 請 求 書

大阪市職員共済組合理事長 様

日付は空けて
おいてください

令和 年 月 日

住 所

氏 名

(※旧姓の記載は不可)

電 話 番 号

住所・氏名・電話番号を
記入お願いします

次のとおり請求します。

所 属 コー ド		組 合 員 氏 名 (※旧姓の記載は不可)		
職 員 番 号		過納掛金発生月	令和 年 月 分	
		定 例 給 与 (第 等級)	期 末 手 当 等	
	標準報酬月額及び期末手当等額			
過納掛金 内	ここは記入せず 空けておいてください			
請求金額 合計(①+②)		円		
		職 (令和 年 月 日退職)		
		免除申出		
		□ その他 (
過納掛金について、下記の口座に振込を依頼します。				
<input type="checkbox"/> 現在、共済組合に登録されている給付金受取口座へ振り込んでください。				
<input type="checkbox"/> 次の口座へ振り込んでください(共済組合に登録されている給付金受取口座と異なる口座を指定)。				
金 融 機 関 名	支 店 名	預金種別	口 座 番 号	口 座 名 義
		普通 当座		(カタカナ)
金融機関 コード(※)	支店 コード(※)	埋葬料(※)有(口座同一口)・無		※共済組合使用欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和

ここは記入せず
空けておいてください