

積立変更・中断・復活申込書

年 月 日

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

私は、共済積立貯金の積立額の変更、中断又は復活を申込みます。

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--------------------|--|--|--|--|-------|--|--|
| 所属所名 | | | | | | | | | | |
| 加入者番号 | | | | | | | | | | |
| 所属所番号 | | | 証番号(右づめで記入してください。) | | | | | 企業コード | | |
| | | | — | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |

→ 企業コードは所属所共済組合事務
担当者が記入してください。

いずれかに○をつけてください。

| | | |
|----|----|----|
| 変更 | 中断 | 復活 |
|----|----|----|

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---------|--|---|--|---|---|---------|--|---|--|---|
| 年月 | | 変更前積立金額 | | | | | → | 変更後積立金額 | | | | |
| 年 | 月 | | | 千 | | 円 | | | | 千 | | 円 |

【注意事項】

- 1 金額を訂正したものは無効です。
- 2 申込書は、毎月5日が共済組合の締切日です。