

再審査請求書

共済給付金の決定に異議がありますので、再審査をされるよう、必要書類を添えて請求します。

平成 23 年 6 月 20 日

1. 請求理由

~~~~~

~~~~~。

~~~~~

~~~~~

~~~~~

決定された共済給付金等に異議がある場合、その理由を記入してください

## 2. 請求者


証書番号 (会員番号)

4	0	3	9	—	9	1	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

共済給付金の種別

1.退職年金	2.退職一時金	3.遺族年金
4.遺族一時金	5.公務傷病年金	6.支払未済給付金

8桁の共済会会員番号を記入してください

氏名	フリガナ ムラガ	サカエ	
	村賀	栄	

必ず捺印してください

住所	フリガナ トウキョウトチヨダゲンイチバンチョウアザコウジ52 ビレッジコート203
	〒 102-0082 東京都千代田郡一番町字麴52番地 ビレッジコート203号

性別	1.男	2.女	生年月日	昭和 28 年 2 月 8 日

請求書の記載事項及び添付書類は正当と認める。

町村議会議員共済会審査会委員長 殿

平成 23 年 6 月 27 日

一番町 議会議長 共 済 太 郎

長 議 一  
之 会 番  
印 議 町

議長印を確認してください

町村コード	町村名
1 3 9 9 9	一番町