

(第11号様式)

支払未済給付請求書

共済給付金を受ける者がその権利を失ったので、支払未済の給付を支払われるよう請求します。

平成 24 年 1 月 20 日

請求日を記入してください

8桁の共済会
会員番号を記入し
てください

1.権利を失った受給権者

証書番号(会員番号)

2 6 2 9 - 9 0 0 1

フリガナ
氏名

マチノ
町野

シゲル
繁

死亡等年月日を
記入してください

失権
事由

1.死亡 2.その他()

失権
年月日

平成 24 年 1 月 10 日

必ず捺印してく
ださい

通帳名義と同一の
フリガナを記入し
てください

2.請求者

フリガナ
氏名

マチノ
町野

アカリ
灯

町野

住所

フリガナ トウキョウトチヨダグンイチバンチョウアザハンゾウモン25
〒 102-0082
東京都千代田郡一番町字半蔵門25番地

金融機関コード
及び店舗コードは
通帳等確認のうえ
正確に記入して
ください

「振込金融機関」
の欄は、必ず請求
者本人名義の口座
番号を記入してく
ださい

3.振込金融機関

【銀行等】

金融機関名	山河銀行	金融機関コード	0	0	1	9			
支店・支所名	一番町	店舗コード	-	9	8	7			
預金種別	1.普通 2.当座	口座番号	9	8	7	6	5	4	3

右詰めで記入して
ください

【郵便局】

口座番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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会長 殿

平成 24 年 1 月 25 日

証明した日を記入
してください

一番町 議会議員 共 済 太 郎

議長印を確認して
ください

長 議 一
之 会 番
印 議 町

町村コード	1	3	9	9	9
町村名	一番町				