

額変更の記入例

用紙は勤務先の共済組合事務担当課（職員課・総務課・人事課など）からお取り寄せください。

様式第2号

所属所用 3-1

積立額の払戻、解約、**額変更**、中断・復活申込書

新潟県市町村職員共済組合理事長 様

令和 00 年 7 月 5 日

新潟県市町村職員共済組合貯金規則に基づき下記のとおり申し込みます。

※3部複写ですので、ボールペンで強めに記入してください。

所属所コード	共済組合 使用欄	組合員証番号（右づめ）	所 属 所 名
1 2 3		4 5 6 7	△ △ 市
フリガナ	キョウサイ タロウ		登録印鑑 ※3枚とも鮮明に 押印ください。
氏 名	共済 太郎		
共 済			

①払戻し	払戻額	円	払戻年月日	年	月	日
	0 0 0					
②解 約	最 終 控除月	年	月まで控除	解約年月日	年	月 日
						0 1
③積立額 変 更	毎月分	〇 〇 年 8	2 0 0 0 0 円	に変更		
	6 月 賞与分	〇 〇 年 6 月より	0 0 0 円			
	12 月 賞与分	〇 〇 年 1 2	1 0 0 0 0 円			
④中 断 復 活	毎月分	年 月より	中 断	0 0 0 円		
			復 活			
	賞与分 6・12月 とも	年	中 断			
				0 0 0 円		

15日共済組合必着。
勤務先への提出期限は、より早い日の設定とな
っていることがあります。勤務先の担当課（職員課・
総務課・人事課など）に確認してください。

【注】

1) 共済組合提出期限

- ①払戻し…払戻月の15日（土日祝日の場合は前日）です。
- ②解 約…最終控除月の15日（土日祝日の場合は前日）です。
- ③積立額変更…希望月の前月15日（土日祝日の場合は前日）です。

2) 送金日

- ①払戻し…当月25日（銀行休業日の場合は翌営業日）です。
- ②解 約…最終控除月の翌月25日（銀行休業日の場合は翌営業日）です。

3) 積立限度額

毎月分は300,000円、賞与分は600,000円です。

4) ④中断・復活の場合については、③積立額変更の欄にご記入ください。

5) 送金口座は短期給付金等振込口座となります。

所属所受付印