

# 過納掛金返還請求書

大阪市職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

電 話 番 号

次のとおり請求します。

組合員氏名		所属コード	
請求金額		職員番号	
掛金額等内訳		給料月額または 標準報酬月額	期末手当等
	月額及び 期末手当等額		
	短期掛金		
	介護掛金		
	長期掛金または 厚生年金保険料		
	退職等年金掛金		
	福祉掛金		
返還理由	過納分の平・令 年 月分掛金の返還を請求します。 退職(平・令 年 月 日退職) その他 ( )		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和 年 月 日 職 名			
所属所長又は 所属機関の長 氏 名			
印			

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。				
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)