

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

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 | | | |

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) |