

代 表 者 選 任 届 書 支払未済給付金振込口座申出書

給付受給遺族同順位者記入欄			
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
		元受給者 との続柄	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
		元受給者 との続柄	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
		元受給者 との続柄	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
		元受給者 との続柄	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
		元受給者 との続柄	

故 _____ にかかる地方職員共済組合奈良県支部からの給付金につきましては、
下記の者を請求代表者とし、下記の口座への振込を申し出ます。

年 月 日

地方職員共済組合奈良県支部長 殿

請 求 代 表 者 記 入 欄			
(フリガナ) 請求代表者 の 氏 名		請求代表者 の生年月日	年 月 日
請求代表者 の 住 所	〒		
		請求代表者 の元受給者 との続柄	
支払未済給付金の振込口座			
金融機関名			支 店 名
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口 座 名 義			