

所属名 **行政運営調整** **局** **区** **共済組合** **医療給付** 課 係

組合員
氏名 **共済 太郎** 様

所属
TEL **000 - 0000**

記載例

横浜市職員共済組合短期給付支給決定通知書

平成 年 月 日に受理しました横浜市職員共済組合短期給付に係る申請につき、次のとおり決定しましたので通知します。

平成 年 月 日
横浜市職員共済組合理事長

支給決定金額						円
--------	--	--	--	--	--	---

【支給決定内訳】

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、横浜市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日から6箇月以内に、横浜市職員共済組合を被告として訴訟を提起することもできます。

口座振替払通知書

平成 年 月 日 上記の支給決定金額につき、下記指定口座への振込み手続きを行いました。

(振込先金融機関によって実際の振込み日が遅くなる場合があります。)

振込先	金融機関名	横浜		銀行 信用金庫	支店	関内				支店 出張所	
	預金種目	普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○	
	口座名義人	フリガナ	キョウイ タロウ								
		氏名	共済 太郎								

※ 申請者記載欄は網掛部分のみです。