

請求者

口座振替払通知書等
(任意継続・休職者・その他)

〒 _____

住 所 _____

組合員
氏 名 _____ 様

連絡用TEL _____

横浜市職員共済組合短期給付支給決定通知書

令和 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。

令和 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3箇月以内に、全国市町村職員共済組合連合会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

令和 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			銀行 信用金庫 ()	支店					支店 出張所 ()
	預金種目	普通	口座番号							
	口座名義人	フリガナ								
		氏名								

- ※ 請求者住所・氏名、連絡用TEL、振込先金融機関をご記入ください。
- ※ 組合員に係る埋葬料の請求の場合は、請求者の氏名をご記入ください。