

## 長期生命共済満期時割戻金請求書

※ 訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）をご記入ください。

契約者	契約者 番号																			契約コース	①本人	②本人・配偶者
	フリガナ																		性別	男	女	
	氏名																		生年月日	昭・平	年	月

※本人・配偶者コースにご加入の方のみご記入ください。

配偶者	フリガナ																		性別	男	女	
	氏名																		生年月日	昭・平	年	月

防衛省職員生活協同組合 理事長 殿

防衛省職員生活協同組合退職組合員証兼長期生命共済契約承諾書（以下「退職組合員証兼承諾書」という。）を添えて満期時割戻金の支払いを請求します。

令和 年 月 日

住所 〒 -

電話番号 ( )

請求者氏名（自署）

送 金 先 ※ 2	口座名義(カタ)																			(左づめで記入、姓と名の間を一字空ける)			
	ゆう ちょ 銀 行 以 外	金融機 関名	銀行・信金・信組 農協・その他										銀行コード										
			普通預金 口座番号 (右づめで記入)										本店 支店 出張所		支店コード								
	銀行 ゆう ちょ	コード	通帳記号										通帳番号 (右づめで記入)										
9900		1											0 の										

※1 送金先は、契約者名義の口座となります。

※2 銀行コードが不明の場合、未記入でかまいません。

(備考) 1 この請求書には、次の書類を添付してください。

(1) 被共済者（本人・配偶者コースの場合は配偶者を含む。）の住民票

(2) 退職組合員証兼承諾書

※ 退職組合員証兼承諾書を紛失された場合は、「長期生命共済契約承諾書紛失届」を提出してください。

2 ご不明な点がございましたら、防衛省生協長期生命共済部までご連絡ください。

〒102-0074 東京都千代田区九段南4-8-21 山脇ビル2F

TEL03-3514-2241 (フリーダイヤル 0120-171-931)

年 月 日、請求者が自署されたことを確認しました。(印)