

# 手当積立変更申込書

青森県市町村職員共済組合理事長 様

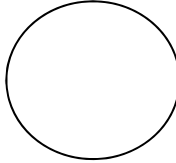
申込日

平成

年

月

日

申 込 者	所属所名												
	組合員証 記号・番号	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	-	[ ]	[ ]	-	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	(フリガナ)	[ ]											
者	組合員氏名											 届出印	
変 更 内 容	<input type="checkbox"/> 積立額変更 6月期手当積立額を _____ 円 から _____ 円 12月期手当積立額を _____ 円 から _____ 円 上記積立額の変更は、平成 _____ 年 _____ 月期からとする。												
	<input type="checkbox"/> 中断 手当積立を平成 _____ 年 _____ 月期から一時中断する。												
	<input type="checkbox"/> 復活 6月期手当積立額を _____ 円 12月期手当積立額を _____ 円 上記積立の復活は、平成 _____ 年 _____ 月期からとする。												

注 6月期手当積立については6月5日、12月期手当積立については11月15日までに提出してください。

所属所の確認

記載内容について事務担当者の確認印をお願いします。

共済組合受付印

