

組合員貯金残高について（照会）

年 月 日

愛媛県市町村職員共済組合 殿

所属所名		組合員等 記号番号	—	お届け印
氏 名				

私の 年 月末日現在の組合員貯金残高について、下記により回答をお願いします。

(※希望する回答方法の番号のいずれか1つを○で囲み、必要事項をご記入ください。)

1 組合員貯金残高のお知らせ（簡易）の発行

2 公的機関等への提出を要する証明書の発行

提出先： _____
理由： _____

3 電話で回答（直接本人へ）

連絡先： 職場 ・ 本人携帯 ・ その他（ _____ ）
回答日： なるべく早く ・ 月 日 ・ （ _____ ）
時間帯： 9:00～12:00 ・ 13:00～15:00 ・ 15:00～17:00
電話番号： （ _____ ） —

※業務の都合により希望日時に回答できない場合があります。
※回答時に本人確認のための質問をさせていただきます。

※共済組合使用欄

課 長	課長補佐	係 長	主 査	係	係
回答日	年	月	日	備考	