

年 月 日

静岡県市町村職員共済組合 様

下記のとおり共済貯金残高証明書の発行を依頼します。

組合員番号 ー

氏 名

生年月日

住 所 〒 ー

証明内容 ー 年 ー 月 ー 日時点の共済貯金残高

発行理由

所属所受付印

※ 共済貯金残高証明書は所属所を経由して親展で組合員に送付します。