


様式第1号

積立変更・中断・復活申込書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

所属所名	〇〇市役所	届出印 	加入者番号							
フリガナ	トチギ ハナコ		所属所番号	証番号(右づめで記入してください。)						
氏名	栃木 花子		1	1	1	—	1	2	3	4
			企業コード		企業コードは所属所共済組合事務 担当者が記入してください。					

届出印は1枚目～3枚目
に押印してください。

金額の訂正は受付できません。

下記のとおり、共済積立貯金の積立金額の**変更**・中断・復活を申し込みます。

変更・中断・復活年月				積立金額					変更前積立金額						
〇	〇	〇	〇	毎月 (10口)		1	0	0	0	0					
							千						千		
															円

(注)

1. 変更・中断・復活のいずれかを○で囲んでください。
2. 変更又は復活の場合は、積立金額欄に変更後の金額又は、復活後の金額を必ず記入してください。
3. 中断の場合は、積立金額欄に0円を記入してください。