

局		課		課長 補佐		主		係			
長		長				監		長		係	

定期貯金証書再発行申請書

年 月 日

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

下記のとおり定期貯金証書の再発行を申請します。

なお、下記の再発行による定期貯金証書を受領しました後は、旧定期貯金証書は無効であり、後日どのような事故が発生しましても、私の責任において貴組合には迷惑をかけることを申し上げます。

また、旧定期貯金証書を発見したときには直ちにそれを返却します。

所 属 所

住 所

氏 名

⑩ (共済貯金登録印)

口 座 番 号
及 び 枝 番

預 け 入 れ 日

預 け 入 れ 金 額

円

再発行申請の理由（具体的に記入してください。）

*理由は「紛失」では再発行できない場合がありますので、出来る限り具体的にご記入をお願いします。

*ご印鑑は共済貯金届出印を押印下さい。