共済組合　掛金等支払証明願

　(あて先)福岡市職員共済組合理事長

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 願　出　人 | 職員コード |  |
| 所　属　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 　　年　　月　　日生 |
| 組合員証記号・番号 | 　　　　　　　・ |

地方公務員等共済組合法第114条による貴組合への掛金等の支払いについて、

　　 　　　　　　　　 に提出する必要がありますので証明願います。

記

１　証明期間 　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで