

## 口座振込依頼書

組合員氏名		退職時の所属所名 (派遣先の名称)	局 部・所 区
組合員証番号		口座変更年月日 (資格喪失・転出・派遣)	年 月 日

●太線枠内を記入してください。

下のいずれかを選択し、記入してください。

**\* 金融機関を指定するとき**

振込先 金融機関名	フリガナ (左づめ記入)	金融機関コード
	銀行 組合	
支店名	フリガナ (左づめ記入)	支店コード
	支店	
預金種別	①普通	口座番号 (右づめ記入)
口座名義人の氏名	フリガナ (左づめ記入) * 名字と名前の間は1マスあけること。	

**\* 郵便局の口座(ゆうちょ銀行)を指定するとき**

銀行名	コード	支店名	記号
ゆうちょ銀行	9900		1 0
預金種別	①普通	口座番号 (右づめ記入)	1
口座名義人の氏名	フリガナ (左づめ記入) * 名字と名前の間は1マスあけること。		

### 振込金種別

- 医療費等給付金(出産費等を含む。)
- 埋葬料
- 支払未済の医療費等給付金

※ 埋葬料と支払未済の医療費等給付金の請求者が同じ場合は、両方にチェックを入れてください。なお地方公務員等共済組合法第47条により請求できる方に順位があります。

※ 支払未済の医療費等給付金の請求を行う場合は以下の添付書類を提出してください。

- 添付書類
- ①「戸籍謄本」など(死亡した組合員と請求者の身分関係が明らかにできるもの)
  - ②「住民票除票」などの写し(死亡した組合員と請求者が生計を同じくしていたことを確認できるもの)
  - ③「生計同一関係に関する申立書」※ 死亡した組合員と請求者の住所が異なる場合にのみ提出が必要
  - ④「口座振替依頼書」(支払未済の医療費等給付金用) ※ 埋葬料と請求者が別の場合のみ提出が必要
  - ⑤通帳の写し

**注意事項** 個人番号が記載されている書類は受付できませんので、個人番号が復元できないよう黒塗りし、写しを提出してください。  
上記の他に書類の提出を求めることがあります。

<p style="text-align: center;">東京都職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 電話 ( )</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>依頼者 (口座名義人) 氏名 ④ 続柄( )</p> <p style="font-size: x-small;">※依頼者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">共済組合受付印</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

\* この口座振込依頼書は、次の場合に提出してください。

- ① 退職・転出者で、在職中又は転出前の口座を変更する場合
- ② 公益法人等への派遣者で、派遣前の口座を変更する場合及び派遣前に口座振込を選択していなかった場合
- ③ 埋葬料の請求等、組合員以外の方の口座登録が必要な場合

**記入例**

**口座振込依頼書**

組合員氏名	共 済 真 一	退職時の所属所名 (派遣先の名称)	〇 〇 区 総 務 部 所
組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7	口座変更年月日 (資格喪失・転出・派遣)	月 日

●太線枠内を記入してください。

下のいずれかを選択し、記入してください。

在職時と退職時の振込口座に変更がある場合は、必ず提出してください。

**\* 金融機関を指定するとき**

振込先 金融機関名	フリガナ (左づめ記入)	金融機関コード
	ト チ ョ ウ	0 0 0 0
支店名	フリガナ (左づめ記入)	支店コード
	シ ン シ ュ ク	0 0 0
預金種別	①普通	口座番号
		1 1 1 1 1 1 1
口座名義人の氏名	フリガナ (左づめ記入) * 名字と名前の間は1マスあけること。	
	キ ョ ウ サ イ ハ ナ コ	
	共 済 華 子	

※これは、見本です。  
必ずどちらかを選択して記入してください。

**\* 郵便局の口座(ゆうちょ銀行)を指定するとき**

銀行名	コード	支店名	記号
ゆうちょ銀行	9 9 0 0	〇〇八	1 1 2 3 0
預金種別	①普通	口座番号	(右づめ記入)
			0 2 5 5 5 5 5 1
口座名義人の氏名	フリガナ (左づめ記入) * 名字と名前の間は1マスあけること。		
	キ ョ ウ サ イ ハ ナ コ		
	共 済 華 子		

**振込金種別**

- 医療費等給付金(出産費等を含む。)
- 埋葬料
- 支払未済の医療費等給付金

※ 埋葬料と支払未済の医療費等給付金の請求者が同じ場合は、両方にチェックを入れてください。なお地方公務員等共済組合法第47条により請求できる方に順位があります。

※ 支払未済の医療費等給付金の請求を行う場合は以下の添付書類を提出してください。

- 添付書類
- ①「戸籍謄本」など(死亡した組合員と請求者の身分関係が明らかにできる)
  - ②「住民票除票」などの写し(死亡者した組合員と請求者が生計を同じくして)
  - ③「生計同一関係に関する申立書」 ※ 死亡者した組合員と請求者の住所
  - ④「口座振替依頼書」(支払未済の医療費等給付金用) ※ 埋葬料と請求
  - ⑤通帳の写し

注意事項 個人番号が記載されている書類は受付できませんので、個人番号が復元できないよう黒塗りし、写しを提出してください。  
上記の他に書類の提出を求めることがあります。

支払未済の医療費等給付金  
順位 生前生計を共にした、  
1 配偶者 2 子  
3 父母 4 孫  
5 祖父母 6 兄弟姉妹  
7 他の三親等内の親族  
の順とする。

東京都職員共済組合理事長 殿	マイナンバーの記載のある書類は添付書類としてそのまま送付しないでください。(交換便厳禁)
年 月 日	
届出日を記入	〒 123 - 4567 電話 03 (4444) 5555
住所	新宿区中央1-2-3
依頼者 (口座名義人)	氏名 共 済 華 子 続柄( 妻 )
※依頼者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。	

\* この口座振込依頼書は、次の場合に提出してください。

- ① 退職・転出者で、在職中又は転出前の口座を変更する場合
- ② 公益法人等への派遣者で、派遣前の口座を変更する場合及び派遣前に口座振込を選択していなかった場合
- ③ 埋葬料の請求等、組合員以外の方の口座登録が必要な場合