　　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　　　　－

氏　　名

生年月日

住　　所　　〒　　　－

証明内容　　　　　　年　　月　　日時点の共済貯金残高

発行理由

所属所受付印