

\* 欄 …… 直接入力できます。  
 \* 欄 …… ▼キーをクリックし、リストから選択ください。  
 \* 氏名欄 …… 自筆にて記入してください。  
 \* 印刷 …… カラー出力は不要です。

**記入要領**

**共済貯金新規積立申込書**

|                                |  |   |  |  |   |
|--------------------------------|--|---|--|--|---|
|                                |  | 共済組合貯金規程を承知のうえ下記のとおり申し込み  |  | 共済組合受付印  |   |
| 事務局長様                          |  | 申込日   | 年  | 月  | 日 |
| 申 所属所名                         |  | 所属所受付印  |  |  |   |
| 申 込 記号・番号                      |  | 貯金の諸手続きをする場合は、必ず所属所の受付印が必要です。<br><b>共済事務担当課に提出してください。</b>             |  |  |   |
| 者 組 合 員 氏 名                    |  | 自署してください  |  | 毎月一定額を積立します。<br>1,000円単位。<br>・積立限度額 <b>5万円まで</b>   |   |
| 申 積 立 方 法                      |  | <input type="checkbox"/> する →<br><input type="checkbox"/> しない<br>定時積立 | 千<br>0<br>円<br>(給料からの積)                  | 6月・12月は同額になります。<br>1,000円単位。<br>・積立限度額 <b>20万円まで</b>   |   |
|                                |  | <input type="checkbox"/> する →<br><input type="checkbox"/> しない<br>賞与積立 | 千<br>0 0 0<br>円<br>(6月、12月の期末勤勉手当からの積立額) |  |   |
| 次回以降の手続きに、使用する届出印となります。押印ください。 |  | 年   | 月  | (開始希望月の前月5日までに提出してください。)   |   |
| マル優制度の適用について                   |  | <input type="checkbox"/> 適用を希望する → 非課税限度額                             |  | 万円<br>(障害者等が適用対象ですが、希望される場合は「非課税貯蓄申告書」を添付してください。)  |   |
| 届出印の登録                         |  | 次回以降の手続きにはこの  |  | 用欄<br>小額貯蓄の利子等の非課税について<br>身体障害者手帳等の交付を受けている方、遺族年金等を受けている方(妻又は母)等を適用対象として <b>元本等が350万円までの利子について非課税</b> とされる制度です。<br>非課税限度額 <b>350万円</b> |   |

- 【注意】
- 1 共済貯金の払戻しは「共済貯金払戻請求書」を使用してください。
  - 2 共済貯金を開始後、積立貯金の内容(積立方法、マル優制度、届出印、貯金中断、貯金再開)を変更される場合は、「共済貯金変更申込書」を提出ください。
  - 3 共済貯金の解約には「共済貯金解約届書」を使用ください。