

1. 下記の情報をご記入ください

記入日	20	年	月	日
共済会名		職場名		
個人番号 (職員番号)	※マイナンバーではありません			
フリガナ				
共済契約者 氏名				

全教共済で定める個人情報の取り扱いについて同意し、共済金請求をします。

共 現 住 契 約 者	〒 — — — — —										
	連絡先TEL — — — — —										
振 込 口 座	銀行 労金 農協	支店名		支店 番号				口座番号 ※右詰めで記入			
	信用金庫 信用組合	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座名義人 ※カタカナで記入							

※共済契約者の口座をご記入ください。

**クリスタル給付**

・加入期間10年以上かつ40歳以上の独身者で、結婚・出産・結婚記念日給付を受けていない人が対象です

◆下記の給付事由証明書をご提出ください。

給付事由証明書	
上記の給付事由があったことを証明します。	
年 月 日	
職場名 _____	
分会長氏名 _____	
全日本教職員組合共済会理事長 殿	

※申請者本人が分会長の場合は、共済会または組合役員の証明が必要です。

「個人情報に関するお知らせ」

給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付の用にのみ利用させていただきます。  
詳しくは、全教共済ホームページ等で公表している「全教個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」をご参照ください。

※ 以下共済会で記入 ①相殺有 無 ②返金有 無

共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金

共済会	全教共済
年 月 日	年 月 日