

所 属 所 名 _____
 組 合 員 証 記 号 番 号 埼 ー _____
 組 合 員 氏 名 _____

公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供
 及び利用に係る事務の実施についての同意書

～埼玉県市町村職員共済組合の加入者（組合員・被扶養者）以外の方の手続用～

埼玉県市町村職員共済組合理事長 様

私は、公金受取口座情報を利用するため、以下の特定個人情報について提供することに同意し、埼玉県市町村職員共済組合が公金受取口座情報を紹介するために必要である項番1～4を利用した被保険者枝番を取得する事務（個人番号が不明な場合は項番2～5を利用した個人番号照会事務を含む。）を実施することに同意します。

同意年月日 令和 年 月 日

同意者氏名 _____

項番	項 目	記 入 欄
1	個 人 番 号	
2	フリガナ 氏 名	
3	性 別	男 ・ 女
4	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
5	住 所 ※個人番号が不明の場合のみ記入	〒

※取得した被保険者枝番及び個人番号は、給付金を公金受取口座に給付後、速やかに削除いたします。