（給付様式第12-2号）

年　　月　　日

公立学校共済組合神奈川支部長　　殿

所　属　所　名

所 属 コ ー ド

組 合 員 等 番 号

組合員氏名（署名）

申　　立　　書

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通５－１
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ
電話　(045)210-8179