

残高証明依頼書

年 月 日

一般社団法人 関東年金福祉協会 御中

記

貸付番号 _____

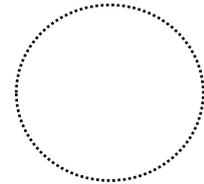
ふりがな _____

氏 名 _____

生年月日 _____

住 所 _____

電話番号 _____



ご実印

当方名義上記「独立行政法人福祉医療機構年金転貸融資金」の

令和 年 月 日現在の残高証明書を.....通発行して下さい。

上記記載のうえ、返信用切手（８４円）を同封し、下記住所へご郵送願います。

〒１４１－８５２１

東京都品川区西五反田２－２７－４ 明治安田生命五反田ビル２Ｆ

一般社団法人 関東年金福祉協会 業務課 宛