

振り込め詐欺救済法に基づく

被害回復分配金「決定表」閲覧のご案内

被害回復分配金の支払申請をされた方、およびその代理人の方については、支払い該当者が決定した後、被害回復分配金の内容を記載した「決定表」を閲覧いただくことができます。

当組合における決定表の閲覧方法は以下の通りです。

【閲覧の事前予約】

決定表の閲覧を希望される方は、閲覧希望日の前々営業日までに下記お問い合わせ先までご連絡ください。

問合せ先：会津よつば農業協同組合 金融部 業務指導課

電話番号：０２４２－３７－２２４５

受付時間：平日 ９：００～１５：００（休業日を除く）

【必要書類】

☐ 決定表閲覧請求書（以下の書類を印刷していただき、店頭または郵送によりお申込みください。）

☐ 本人確認書類（運転免許証等）請求日において有効なものを確認させていただきます。

【注意事項】

1. 閲覧請求の対象者は、当組合口座に関する被害回復分配金支払申請をされた方およびその代理人のみです。
2. 閲覧の際、決定表の複写、写真撮影等は法令により禁止されております。
3. 決定表の破棄等の不正行為を防ぐため、閲覧時に担当者が立ち会う可能性があります。

決定表閲覧請求書

(提出金融機関名) 殿

請求日 令和 年 月 日

1. 請求人情報				
請求人	住所	〒 (-) 都道府県 市区町村		
	電話・FAX番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)	
	フリガナ			
	氏名・名称 ※法人の場合は名称を記載			
		生年月日	年 月 日 (歳)	
※請求人が個人の場合は記載不要 代表者又は管理人	住所	〒 (-) 都道府県 市区町村		
	電話・FAX番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)	
	フリガナ			
	氏名			
		生年月日	年 月 日 (歳)	
2. 申請人情報 ※弁護士等の代理人が請求人である場合のみ記載				
申請人	住所	〒 (-) 都道府県 市区町村		
	電話・FAX番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)	
	フリガナ			
	氏名・名称 ※事務所がある場合は事務所名称及び代理人氏名を、法人の場合は法人名称及び担当者氏名を記載			
		生年月日	年 月 日 (歳)	
3. 閲覧等に関する情報				
公告番号(注)		- -		
閲覧請求事項				
閲覧目的				
閲覧希望日時				
閲覧希望場所				

(注)被害回復分配金の支払対象となっている振込先の預(貯)金口座に対して付与された12桁の番号を記載してください。具体的には、預金保険機構が行った「振り込め詐欺救済法に基づく公告」を御参照ください。

(2023/08)

(振対19)