

振り込め詐欺救済法に基づく「決定表」閲覧のご案内

当組合に被害回復分配金の支払申請をいただいた方、およびその代理人の方については、支払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出来ます。

当組合における決定表の閲覧方法は下記のとおりです。

なお、閲覧にあたっては、事前にご予約いただきますようお願ひいたします。

1. 閲覧可能な日時

- ・年末年始（12月31日～1月3日）を除く平日 9：00～15：00

2. 閲覧場所

- ・県央愛川農業協同組合 信用共済部 貯金課

3. 必要書類

- ・本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード等）

4. 申込方法

- ・「決定表閲覧請求書」に必要事項を記載の上、郵送にてお申し込みください。
後日、担当部署より日時・場所についてご連絡いたします。
※「決定表閲覧請求書」は様式を印刷してご記入ください。

5. 申込先

- ・〒243-0303
神奈川県愛甲郡愛川町中津747
県央愛川農業協同組合 信用共済部 貯金課

6. 注意事項

- ・決定表を閲覧できる方は、当該口座の被害回復分配金の支払申請人およびその代理人に限られます。
- ・閲覧は該当口座のみで、決定表の複写・写真撮影は法令により禁止されております。
- ・決定表の閲覧は事前の申し込みが必要となります。

お問い合わせ

J A 県央愛川 信用共済部（担当 貯金課）

TEL 046-281-7077

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 <small>※法人の場合は 名称を記載</small>	[生年月日] 年 月 日 (歳)
※請求人 代表者 個人の 場合 は記載 不要	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 <small>※事務所がある場合は 事務所の所在地を、法 人の場合は当該法人の 所在地を記載</small>	〒 (- - -) 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 <small>※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</small>	[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。

ご記入例

決定表閲覧請求書

(提出金融機関名)

県央愛川農業協同組合

殿

請求日 令和〇年〇月〇日

1. 請求人情報

請求人	住所	〒 (243 - 0303) 神奈川 都道 府県 愛甲郡愛川 市区 町村 中津747		
	電話・FAX番号	自宅 (046 - 281 - 7077) 携帯 (- - -)		FAX (- - -)
	フリガナ	ノウキヨウ タロウ		
	氏名・名称 <small>※法人の場合は 名称を記載</small>	農協 太郎 生年月日 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)		
※請求人 代表者 個人の 場合は 記載 不要	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 <small>※事務所がある場合は 事務所の所在地を、法 人の場合は当該法人の 所在地を記載</small>	〒 (- -) 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 <small>※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</small>	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	決定表の閲覧
閲覧目的	被害回復分配金の額の確認
閲覧希望日時	○○年○月○日
閲覧希望場所	県央愛川農業協同組合 信用共済部 貯金課

(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。