

振り込め詐欺救済法に基づく被害回復分配金「決定表」閲覧について

振り込め詐欺救済法に基づく被害回復分配金の支払申請をされた方は、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することが可能です。

当組合における閲覧方法は下記のとおりとなります。

なお、決定表を閲覧できる方は、被害回復分配金支払申請人とその代理人に限ります。

記

1. 閲覧場所

いわみざわ農業協同組合 金融共済部 信用課

2. 閲覧日時

月曜日～金曜日 9：00から16：00まで（休業日を除く）

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。

5. 申込先および問い合わせ先

〒068-0058

北海道岩見沢市桜木一条1丁目1番地

いわみざわ農業協同組合 金融共済部 信用課

電話番号：0126-25-2214

6. ご注意

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います。

決定表の閲覧は事前のお申込みが必要です

以上

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 ※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	〒 (—) 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「振り込み詐欺救済法に基づく公告」を御参照ください。