

(第7条関係)

互

変更届

退職医療組合員番号													
※変更した事項の欄のみ記入して下さい	変更事項	変更前						変更後					
	フリガナ												
	氏名												
	郵便番号	〒						〒					
	フリガナ												
	住所 (詳細に記入してください)												
	電話番号	()						()					
	給付金振込先 (登録口座)	銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店			銀行 金庫 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店		
	普通預金	口座番号						普通預金	口座番号				
	フリガナ								フリガナ				
	口座名義								口座名義				
									(注) ※通帳のコピーを添付				
変更年月日	令和 年 月 日												
上記のとおり変更しましたので届けます。 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 令和 年 月 日 退職医療組合員 (氏名)													

(お願い)

給付金振込先(登録口座)を変更される場合は、変更後の通帳のコピーを添付してください。