

互 退職医療組合員申出書

下記のとおり、互助組合退職医療制度に加入することを申し出ます。

一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 様

令和 4 年 3 月 31 日

互	退職医療組合員番号	校番	退職医療組合員制度加入年月日				退職時の所属コード・共済組合員証番号										
			令和	年	月	日	所属コード	12345			共済組合員証番号	654321					
加入者	名前						性別	生年月日			退職日翌日の満年齢						
	カナ	コシヨ サフ、ロウ					男	昭和	3	6	1	0	0	1	60		
	漢字	互助 三郎					女										
(※ 押印は、認印で可)																	
給付金の送金先	指定金融機関																
	漢字	広島	銀行・金庫 農協・信用組合 信用金庫	カナ	ヒロシマキ、ンコウ												
	漢字	県庁	(本・因)店	カナ	ケンチヨウシテン												
預金種別	口座番号(右詰で記入)							口座名義人									
	普通	1	2	3	4	5	6	7	カナ	コシヨ サフ、ロウ						漢字	互助 三郎
住所	郵便番号			都道府県				市区郡									
	7	6	5	4	3	2	1	字	ヒロシマケン			ヒロシマシナガク					
								漢字	広島県			広島市中区					
	町村字							番地									
コシヨマチ							1-2-3										
互助町																	
その他(マンション名、~様方等、記入してください。)																	
電話番号																	
082-123-4567 (携帯番号可)																	

(注)

- 太枠の中を記入してください。
- の部分には記入しないでください。
- 加入する場合は、年齢に応じた基準掛金を払い込む必要があります。
- この申出書は、「退会給付金請求書」と併せてご提出ください。給付金の送金先金融機関が、「退会給付金請求書」の受取口座と異なる場合は、通帳のコピーを添付してください。

※ 給付金の送金先は、振込手数料の都合上、広島銀行の指定にご協力ください。