

⑤ 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 年 月 日

⑤	退職医療組合員番号				退職医療組合員制度加入年月日				退職時の所属コード・共済組合員等番号									
					令和 年 月 日				所属コード									
									共済組合員等番号									
加入者	氏 名								性別	生年月日						退職日翌日の満年齢		
	カナ								男	昭和	年 月 日						歳	
	漢字								女									
	住 所																	
	〒 ー																	
	電 話 番 号																	
(携帯番号可) ※連絡がつく番号を記入してください。																		
給付金の送金先 (1又は2に○印)	1 既に届出(現職時に届出)の給付金口座を指定する ※通帳のコピーは不要です。																	
	2 次の口座を指定する ※必ず、加入者ご本人名義の口座を記入してください。 ※通帳(受取口座)のコピーを裏面に貼付してください。																	
	金融機関コード				本・支店番号				科目		口座番号							
	金融機関名				本・支店名				普通									

- (注)
- ・太枠の中を記入してください。
  - ・の部分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。(退会給付金の給付対象者のみ)