

五 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

五	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				
			所属コード				
加入者	令和 年 月 日		共済組合員等番号				
	氏 名		性別	生年月日		退職日翌日の満年齢	
	カ ナ			男 ・ 女	昭 和	年 月 日	歳
	漢 字						
	住 所						
〒 一							
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)	<p>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。</p>						
	<p>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。</p>						
	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ことが必要です。
- ・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）