

五 退職医療組合員申出書

記入例

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8年3月31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		12345	
加入者	令和 年 月 日				共済組合員等番号		654321	
					性別 男 ・ 女	生年月日 昭和 39年10月1日		退職日翌日の 満年齢 61歳
					住 所			
					〒 765 - 4321  広島県広島市中区互助町1丁目2-3			
給付金の送金先 (印)	電話番号							
	082 - 123 - 4567 (携帯番号可) ※連絡がつく番号を記入してください。							
	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 0 1 6 9		本・支店番号 0 0 8		科目 普通	口座番号 7 6 5 4 3 2 1		
金融機関名 広島銀行		本・支店名 県庁支店						

(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）

※ 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。