

## 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 7 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			共済組合員等番号	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	38	10	01	61	
	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	ヒロシマキソコウ					
	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	1234567						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					
	765	4321			字	ヒロシマケン			ヒロシマシナガク				
連絡先となり ますので、 詳細に記入 してください。	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。
- 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。