

## 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 5 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	8	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	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																			
0 8 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7 (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。