

(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 年 月 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			
								共済組合員証番号			
加入者	名前						性別	生年月日			退職日翌日の満年齢
	カナ						男 ・ 女	昭和			
漢字											
給付金の送金先	指定金融機関										
	漢字	銀行・金庫 農協・信用組合 信用金庫			カナ						
	漢字	(本・支)店			カナ						
	預金種別	口座番号 (右詰で記入)				口座名義人					
	普通					カナ					
住所	郵便番号		都道府県				市区郡				
			カ								
(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				
	その他(マンション名、～様方等、記入してください。)										
	電話番号										
						(携帯番号可)					

(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。
- ・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。