

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				性別	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							
					令和 年 月 日	所属コード				共済組合員等番号							
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													年 月 日 歳			
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											
						漢字											
住所 (連絡先となりますので、 詳細を記入してください。)	郵便番号				都 道 府 県				市 区 郡								
					カナ												
					漢字												
	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。