

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・共済組合員等番号										
						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	3	8	1	0	0	1	61
	漢字	互助 三郎										女		年	月	日	歳			
(※ 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 (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											
	7 6 5 4 3 2 1				ネ	ヒ ロ シ マ ケ ン				ヒ ロ シ マ シ ナ カ 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。

※ 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。