（運営規則第５条第３項関係）

㊁　退会給付金請求書

組合員名		年齢	所属名	
共済組合員等番号		歳	所属コード	
互助組合退会理由	□退職 □異動（異動先：　　） □死亡 □その他（理由：　　）	退職年月日 （異動年月日）	令和　　年　　月　　日	

受取口座（1又は2に○印）

1　既に届出（現職時に届出）の給付金受取口座を指定する　※通帳のコピーは不要です。

2　次の口座を指定する　※必ず、請求者ご本人名義の口座を記入してください。
※通帳（受取口座）のコピーを裏面に貼付してください。

金融機関コード	本・支店番号	科目	口座番号
		普通	
金融機関名	本・支店名		

特別退職給付金、特別返還金及び生涯福祉給付金を請求します。
なお、退職医療組合員となる場合に限り、この給付金を基準掛金に充当することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長　様

請求者　　**住　所**　（〒　　－　　）

(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏　名　　（続柄：　　）

電話番号　（　　）　　－

※　次の方は、**提出不要**です。（退会給付金に係る掛金を徴収していないため）

①県費負担職員のうち、任用期間に定めのある方：**臨時的任用職員、任期付職員、再任用職員、会計年度任用職員**

②市町費等職員のうち、短時間勤務職員：**公立学校共済組合員等番号の１桁目がＬ又はＱの方**