第２条関係

㊑ 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

㊑	退職医療組合員番号	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	氏　名		性別	生年月日		退職日翌日の満年齢
	カナ		男・女	昭和	年　月　日	歳
	漢字					
	住　所					
	〒　　－					
	電話番号					
	（携帯番号可）※連絡がつく番号を記入してください。					

給付金の送金先（１又は２に○印）

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

２　次の口座を指定する　※必ず、加入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		

（注）

- 太枠の中を記入してください。
- 網掛け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。（退会給付金の給付対象者のみ）