

# 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				
加入者	氏 名						性別	生 年 月 日			退職日翌日の満年齢
	カナ						男	昭和			
漢字						女	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	郵便番号			都道府県				市区郡			
				字							
詳細に記入してください。 (連絡先となりますので、)	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。