

(運営規則第5条第3項関係)



退会給付金請求書

組合員名		年 齢	所 属 名 (所属コード)	
共済組合員証番号		歳	退職年月日 (異動年月日)	平成 年 月 日
受 取 口 座	銀行 金 庫 本 (普通預金口座番号) 信用組合 支店 No. _____ 農 協 ※請求者本人名義を記入ください。 ※通帳(受取口座)のコピーを裏面に貼付してください。			
特別退職給付金、特別返還金及び生涯福祉給付を請求します。 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。 平成 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 (〒) 名前 ㊞ (続柄) 電話番号 () - 番				

<互 助 組 合 の 記 入 欄>

給付金種別	給 付 額 (円)
特別退職給付金	
特別返還金	
生涯福祉給付金	