

(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	
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
	金融機関名	本・支店名	普通	

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 (〒 -)

(フリガナ)
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