

# (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			
								共済組合員証番号			
加入者	氏 名						性別	生 年 月 日			退職日翌日の満年齢
	カナ						男	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					
住所	郵便番号		都道府県				市区郡				
			町								
(連絡先となり、詳細に記入してください。)	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。

## 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 4 年 3 月 31 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	12345			共済組合員証番号	654321				
加入者	名前						性別	生年月日			退職日翌日の満年齢					
	カナ	コシヨ サフ、ロウ					男	昭和	3	6	1	0	0	1	60	
	漢字	互助 三郎					女								歳	
(※ 押印は、認印で可)																
給付金の送金先	指定金融機関															
	漢字	広島	銀行・金庫 農協・信用組合 信用金庫	カナ	ヒロシマキ、ンコウ											
	漢字	県庁	(本・因)店	カナ	ケンチヨウシテン											
預金種別	口座番号 (右詰で記入)						口座名義人									
	普通	1 2 3 4 5 6 7						カナ	コシヨ サフ、ロウ							漢字
住所 (連絡先となりますので、 詳細に記入してください。)	郵便番号			都道府県				市区郡								
	7	6	5	4	3	2	1	字	ヒロシマケン			ヒロシマシナガク				
								漢字	広島県				広島市中区			
	町村字						番地									
コシヨマチ						1 - 2 - 3										
互助町																
その他(マンション名、～様方等、記入してください。)																
電話番号																
0 8 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7 (携帯番号可)																

(注)

- 太枠の中を記入してください。
- の部分に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。

※ 給付金の送金先は、振込手数料の都合上、広島銀行の指定にご協力ください。