様式退第２号

退 職 組 合 員 資 格 取 得 届

届出年月日	平成　　年　　月　　日

下記のとおりお届けします。

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長　　様

組合員番号							
0							

フリガナ		印	性別	生年月日
氏名			男・女	昭和　　年　　月　　日
フリガナ		電話番号記入例→ 0 9 5 - 8 2 5 - 4 7 9 2	自宅電話（市外局番から記入）	
最終所属名				

住所	郵便番号	※住所の欄は市区郡以降のみフリガナをつけてください。
	都府道県　　市区郡	（フリガナ）

医療保険名	該当コード番号に○をつけてください。	本人・家族の別	記号番号	公費負担適用
	2 国民健康保険（一般）　3 公立学校共済（任意継続）　5 公立学校共済（現職）　6 全国健康保険協会（協会けんぽ）　7 その他（　　）	1 本人（被保険者）　2 家族（被扶養者）	資格取得年月日　　年　　月　　日	1 前期高齢者医療制度　2 被爆者健康手帳　3 身体障害者手帳（　　級）　4 その他（　　）

退職年月日						
平成		年		月		日

配偶者が別に退職組合員（退職組合員番号が異なる配偶者）として加入している方は、配偶者の退職組合員番号・氏名と記入してください。

氏名	退職組合員番号

給付金の送金先	銀行等		口座番号		名義 ※名義はカタカナで記入
	ゆうちょ銀行	記号	番号		名義 ※名義はカタカナで記入

この台帳は、医療補助金等退職互助部事業の実施・充実のために必要な内容をご提供いただき、電算処理を行います。ご提供いただいた個人情報は、「互助組合が取り扱う個人情報保護に関する基本方針」にもとづく取り扱いを行い、退職互助部事業関係以外には利用いたしません。