

提出時期  
(年度末退職者) 1月～3月末まで

※中途退職者の方は退職時に提出してください

# 退職組合員資格取得届

届出年月日 平成 年 月 日

該当に○をつけてください

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

フリガナ		組合員番号		1	組合員
氏名		0		2	加入配偶者
フリガナ		性別		生 年 月 日	
最終所属名		男・女		昭 和 年 月 日	
住所		電話番号記入例 →		自宅電話 (市外局番から記入)	
郵便番号		0 9 5 ( 8 2 5 ) 4 7 9 2		( )	
※部屋番号まで正確に記入ください		携帯電話		( )	
※住所の欄は市区郡以降のみフリガナをつけてください。(フリガナ)					
都府道県		市区郡			

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 (該当者のみ)
	2 国 民 健 康 保 険 ( )	3 公 立 学 校 共 済 ( )	5 公 立 学 校 共 済 ( )	6 全 国 健 康 保 険 協 会 ( )	7 そ の 他 ( )	1 本人 / 被保険者 ※国保の場合は世帯主のみ	資格取得年月日	1 後期高齢者医療制度 (※75歳未満の対象者のみ)
※退職後に加入する保険	保 険 一 般 ( )	学 校 共 済 ( )	任 意 継 続 ( )	現 任 職 者 ( )	再 任 用 者 ( )	2 家族 / 被扶養者 ※国保で世帯主以外 ※家族(配偶者)の保険の被扶養者	年 月 日	2 被爆者健康手帳 3 身体障害者手帳 ( 級 ) 4 そ の 他 ( ) ※上記をお持ちの方は、コピーも添付ください

退 職 年 月 日	配偶者が既に退職組合員として加入済の方は、 配偶者の氏名と退職組合員番号を記入してください。 (※現職加入配偶者が資格取得する場合は、ここには記載 せず別途配偶者名義の資格取得届を作成してください。)	氏 名	退 職 組 合 員 番 号
平成 年 月 日			

給付金の 送金先	銀行名	銀行	支店名	本店・支店・ 支所・出張所	普通	口座番号	カナ名義 ※名義はカタカナで記入
	※一マールで囲む	十八親和	ゆうちょ銀行	記号	番号		カナ名義 ※名義はカタカナで記入
※十八・親和・ゆうちょから口座を指定 他人名義の口座は指定できません							

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。