

組合員台帳 記載事項変更届

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 平成 年 月 日

下記のとおり変更が生じたのでお届けします。

| | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|------------------------|--|--|--|---|--|
| 退職組合員番号 | | | | 区分 (該当番号に○をつけてください。) | | | | 印 | |
| | | | | 1 組合員 | | | | | |
| | | | | 2 退職加入配偶者 (準組合員より名称変更) | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |

以下、変更箇所のみ番号を○で囲み、変更後の事項を記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|---------------|--------------------|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| (氏名) | 1 | (フリガナ) | | | | | | | | |
| | (住所) | 2 | 郵便番号 | | | (フリガナ) | | | | |
| 3 | | () | | | | | | | | |
| (送金先) | 4 | 銀行等 | 銀行 | | | 支店 | | | | |
| | | | 口座番号 | | | 名義 | | | *名義はカタカナで記入 | |
| | ゆうちょ | 記号 | | | 番号 | | | | | |
| | | | | | 名義 | | | | | *名義はカタカナで記入 |
| (医療保険及び公費負担の適用) | 5 | 該当コード番号に○をつけてください。 | | | | | | 本人・家族の別 | | |
| | | 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) | | |
| | | 記号番号 | | | 資格取得年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 公費負担適用 | | | | | | | | | |
| | | 1 被爆者健康手帳 | | | 資格取得年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 2 身体障害者手帳 (級) | | | 福祉医療費受給者証 | | 1 あり | | | | |
| | 3 その他 () | | | | | 2 なし | | | | |

※「障害者手帳」と「福祉医療費受給者証」は、コピーを添付の上、封筒で郵送して下さい。
 ご提供頂いた個人情報は、「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。