

様式退第4号

組合員台帳 記載事項変更届

※ 提出する日付を記入ください。

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 平成〇〇年 5月15日

下記のとおり変更が生じましたのでお届けします。

※ 提出する際は、全部記入してください。

退職組合員番号	区分 (該当番号に○をつけてください。)	印
1 2 3 4 5	① 組合員 2 退職加入配偶者 (準組合員より名称変更)	互助
フリガナ	ゴジョ タロウ	
氏名	互助 太郎	

※ 認印で構いません。

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。

※ 該当欄の番号を○で囲んでください。

※ 住所変更の場合、変更後の新住所を記入してください。

※ 該当する箇所だけ記入してください。

(氏名)	1	(フリガナ)	
(住所)	2	郵便番号	(フリガナ) ナガサキシオノウエマチ
(電話)	3	8500861	長崎市尾上町3-1
(送金先)	4	(095) 824 - 4721	
(医療保険及び公費負担の適用)	5	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 17640 番号 1234561
			名義 ゴジョ タロウ *名義はカタカナで記入
		該当コード番号に○をつけてください。	
		2	3 4 5 6 7 1
		国民健康保険 (一般)	公立学校共済 (任意継続)
		公立学校共済 (現職)	全国健康保険協会 (協会けんぽ)
		本人 (被保険者)	家族 (被扶養者)
		記号番号	ながさき 20358
		資格取得年月日	〇〇年4月1日
		公費負担適用	
		1 被爆者健康手帳	資格取得年月日 〇〇年5月1日
		2 身体障害者手帳 (2級)	福祉医療費受給者証
		3 その他 ()	1 あり 2 なし

※ 被保険者証等を参照し、「記号番号」「資格取得年月日」を記入してください。

※ 公費負担適用欄は、該当番号を○で囲んで「資格取得年月日」を記入してください。

※ 「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。

様式退第4号

組合員台帳 記載事項変更届

※ 提出する日付を記入ください。

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 平成〇〇年 5月15日

下記のとおり変更が生じましたのでお届けします。

※ 提出する際は、全部記入してください。

退職組合員番号	区分 (該当番号に○をつけてください。)	印
1 2 3 4 5	① 組合員 2 退職加入配偶者 (準組合員より名称変更)	互助
フリガナ	ゴジョ タロウ	
氏名	互助 太郎	

※ 認印で構いません。

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。

※ 該当欄の番号を○で囲んでください。

※ 住所変更の場合、変更後の新住所を記入してください。

※ 該当する箇所だけ記入してください。

(氏名)	1	(フリガナ)	
(住所)	2	郵便番号 (フリガナ)	ナガサキシオノウエマチ
(電話)	3	(095)	824 - 4721
(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 17640 番号 1234561
			名義 ゴジョ タロウ *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)	① 本人 (被保険者)
		3 公立学校共済	2 家族 (被扶養者)
		5 公立学校共済 (任意継続)	
		6 現職 (協会けんぽ)	
		7 他	
		記号番号	ながさき 20358
		資格取得年月日	〇〇年4月1日
		公費負担適用	
		1 被爆者健康手帳	資格取得年月日 〇〇年5月1日
		2 身体障害者手帳 (2級)	福祉医療費受給者証
		3 その他	① あり ② なし

※ 被保険者証等を参照し、「記号番号」「資格取得年月日」を記入してください。

※ 公費負担適用欄は、該当番号を○で囲んで「資格取得年月日」を記入してください。

※ 「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、「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。