

退職互助部加入届

一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様

退職互助部に加入します。

平成 年 月 日

フリガナ				性別	生 年 月 日	年 齢
氏 名	(印)			1 男 2 女	昭和 年 月 日	
身体障害者手帳		身体障害者手帳 1級・2級(市町村によっては1級～3級)のかたは、市町村から医療費の助成(所得によっては受けられない場合があります)があり、自己負担額はひと月 1,000 円もしくは無料となります。従って退職互助部の療養補助金の給付は、少額または該当しないこととなります。				
無	有 ()級					
住所		郵便番号	フリガナ	電話番号 ()		
退職時の所属名						
退職時の職員番号		退職年月日		平成 年 月 日		
給付金の送金口座	銀行	支店(出張所)	名 義	口座番号 (普)		
配偶者の方も加入するときに記入してください。						
フリガナ				性別	生 年 月 日	年 齢
氏 名				1 男 2 女	昭和 年 月 日	
身体障害者手帳		身体障害者手帳 1級・2級(市町村によっては1級～3級)のかたは、市町村から医療費の助成(所得によっては受けられない場合があります)があり、自己負担額はひと月 1,000 円もしくは無料となります。従って退職互助部の療養補助金の給付は、少額または該当しないこととなります。				
無	有 ()級					
給付金の送金口座	銀行	支店(出張所)	名 義	口座番号 (普)		

加入しないことの確認欄

退職互助部に加入しません。

平成 年 月 日

退職時の所属 _____

氏 名 _____ (印)

事務局 記入欄	掛 金	加入年月日		受付 印	
------------	-----	-------	--	---------	--

※ 退職互助部加入に関わる一連の個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。