

## 退職互助部加入届

※ 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します。

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。

令和 年 月 日

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)の方は、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額は、該当しないことになります。				
無	有 ( ) 級					
フリガナ						
住 所	〒 -					
退職時の所属名				電話番号(自宅)	携帯番号	
				- -	- -	
退職時の職員番号				退職年月日	令和 年 月 日	
給付金の送金口座	銀行	支店(出張所)	名義(カタカナで記入)		口座番号	
					(普)	

※ 送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力お願いします。

配偶者の方も加入するときに記入してください。

●配偶者が次のいずれかに該当する方は○をつけてください。

加入済 / 現 職 / 該当なし

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)の方は、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額は、該当しないことになります。				
無	有 ( ) 級					
給付金の送金口座	銀行	支店(出張所)	名義(カタカナで記入)		口座番号	
					(普)	

※ 送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力お願いします。

## 加入しないことの確認欄

退職互助部に加入しません。

令和 年 月 日

退職時の所属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ Ⓜ

事務局 記入欄	加入 掛金		加入年月日		受 付 印
------------	----------	--	-------	--	-------------