

組合員台帳 記載事項変更届

退職 組合員番号					区分	1	組合員
						2	退職加入配偶者
氏名	フリガナ						

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様

年 月 日

下記の通り変更したのでお届けします。

(以下、変更箇所のみ番号を○で囲み、変更後の事項をご記入ください。)

1. 氏名の変更

新氏名	フリガナ
-----	------

2. 住所・電話番号の変更

新住所	〒	<input type="checkbox"/> 電話番号変更無し
		<input type="checkbox"/> 新しい電話番号 (下に記入)
		() -

3. 送金口座の変更

新口座	銀行等 ゆうちょ	銀行 金庫 農協		支店 出張所 支所	普通預金
		口座番号		カナ名義	
		記号			
		番号	カナ名義		

4. 医療保険の変更

変更後の 医療保険	変更後の医療保険 (該当番号に○)		資格取得日
	2	国民健康保険 (70歳未満)	年 月 日
	3	公立学校共済組合 (任意継続・臨任)	本人・家族の別
	5	公立学校共済組合 (現職/フルタイム再任)	1 被保険者/世帯主 (本人)
	6	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	2 被扶養者/家族
	7	その他 ()	

5. 公費負担の適用

公費負担 の適用	1 被爆者健康手帳
	2 身体障害者手帳 () 級
	3 その他 ()
	資格取得日 平成 年 月 日
	令和 年 月 日



<障害者手帳所持者のみ>

福祉医療費 受給者証	1 あり
	2 なし

※「身体障害者手帳」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。

【お問い合わせ先】

(一財)長崎県教職員互助組合 退職互助部班

☎ 095-824-4721