様式退第４号

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〇で囲み、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	〒	選択	□ 電話番号変更無し □ 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	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	
	ゆうちょ	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（該当番号に〇） 13　公立学校共済組合長崎支部（任継・臨任） 15　公立学校共済組合長崎支部（現職・再任用ﾌﾙ） 16　上記以外の医療保険 資格取得日　　年　　月　　日

（15選択者のみ）
本人・家族の別

1　本人（被保険者）
2　家族（被扶養者）

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 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

※ご提供いただいた個人情報は、「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。