

組合員台帳 記載事項変更届

退職 組合員番号	9	9	9	9	9	区分	1 組合員 2 退職加入配偶者
氏名	フリガナ ゴジョ タロウ 氏名 互助 太郎						

必ずご記入
ください。

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 ○年 ○月 ○日

下記の通り変
(以下、変更

以下は変更箇所のみ番号を選択して記入してください。

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	〒 850-8566 長崎市尾上町3-1	選択	<input type="checkbox"/> 電話番号変更無し <input checked="" type="checkbox"/> 新しい電話番号 (下に記入) 095 (824) - 4721
-----	-------------------------	----	---

3. 送金口座の変更

新口座	銀行等	十八親和	銀行 金庫 農協	県庁	支店 出張所 支所	普通預金
	口座番号	9999999	カナ名義	ゴジョ タロウ		
	ゆうちょ 記号	17600				
番号	12345671	カナ名義	ゴジョ タロウ			

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○)	
	13 公立学校共済組合長崎支部 (任継・臨任)	(15選択者のみ) 本人・家族の別 <input checked="" type="checkbox"/> 1 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 2 家族 (被扶養者)
	<input checked="" type="checkbox"/> 15 公立学校共済組合長崎支部 (現職・再任用)	
16 上記以外の医療保険	資格取得日 ○○年 4月 1日	

5. 公費負担の適用

公費負担 の適用	1 被爆者健康手帳	<障害者手帳所持者のみ> 福祉医療費 受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 身体障害者手帳 (2) 級	
	3 その他 ()	
	資格取得日 平成 ○年 ○月 ○日	

※「身体障害者手帳」と「福祉医療費受給者証」のコピーを添付の上、封筒に入れてください。

【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

福祉医療費受給者証をお持ちの方はコピーも同封してください。

※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。