

医療互助会員加入辞退申出書

次のとおり、医療互助会員の加入辞退を申し出ます。

年 月 日

一般財団法人神奈川県教育福祉振興会理事長 殿

|                      |                                    |      |  |  |  |                   |                 |                |  |      |
|----------------------|------------------------------------|------|--|--|--|-------------------|-----------------|----------------|--|------|
| 辞退理由                 | 次の理由により、医療互助事業の加入を辞退します。（具体的に記入。）  |      |  |  |  |                   |                 |                |  |      |
| 現職会員番号<br>(退職時の職員番号) |                                    |      |  |  |  | 退職(予定)年月日         |                 | 年 月 日          |  |      |
| 氏 名                  |                                    | フリガナ |  |  |  |                   |                 | 印              |  |      |
| 現住所                  | フリガナ<br>(〒 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 郡 |      |  |  |  |                   |                 |                |  |      |
|                      |                                    |      |  |  |  |                   |                 |                |  |      |
| 電話 1                 | 自宅・携帯・その他( )                       |      |  |  |  | 電話 2              | 自宅・携帯・職場・その他( ) |                |  |      |
| E-mail<br>(任意)       | @                                  |      |  |  |  |                   |                 |                |  |      |
| 返還金受取<br>金融機関名       | 銀行 信金<br>農協 労金                     |      |  |  |  | 本・支店名             |                 | 支店 支所<br>部 出張所 |  | 普通口座 |
| 口 座 番 号<br>(右詰めで記入)  |                                    |      |  |  |  | 口座名義<br>(カ タ カ ナ) |                 |                |  |      |
|                      |                                    |      |  |  |  | 振興会使用欄            |                 | 返還金            |  |      |

- 1 継続会費累計額を返還金受取口座へ振り込みます。
- 2 現住所は、後日送付する「継続会費支払報告書兼支払計算書」が届く居場所を記入してください。  
建物名は省略せずに正式名称を記入してください。
- 3 電話番号は、日中に連絡の取れる番号を一つ以上記入してください。  
『その他』を指定した際は、取次方法を記載してください。【例】〇〇方で本人呼び出し。
- 4 E-mailアドレスの記入は任意です。  
『jigyo@kyo-fukushi.or.jp』からのメールを受け取れるよう設定してください。
- 5 給付金受取口座は本人名義口座とし、信用金庫、労働金庫、農協も指定できます。  
ゆうちょ銀行を指定する際は、「支店名(漢数字3文字)」及び「口座番号(7桁)」を通帳等で確認してから  
記入してください。
- 6 記載いただいた個人情報、継続会費返還事務以外の目的には使用いたしません。

申込先 〒231-8325 横浜市中区日本大通33  
一般財団法人神奈川県教育福祉振興会  
電話 045-681-3054 (平日 8:30~17:15)