

医療互助会員加入申込書

次のとおり、医療互助会員の加入を申し込みます。

年 月 日

一般財団法人神奈川県教育福祉振興会理事長 殿

現職会員番号 (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	性 別		
							男 ・ 女		
生 年 月 日		昭和 年 月 日				退職(予定)日翌日の満年齢 (歳)			
現住所	フリガナ (〒 -)								
	都 道 市 区 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 (任意)		@							
給付金受取 金融機関名		銀行 信金 農協 労金		本・支店名		支店 支所 部 出張所		普通口座	
口 座 番 号 (右詰めで記入)						口座名義 (カ タ カ ナ)			
振興会使用欄		医療互助 会員番号						返還金	

- 1 会員期間は、退職日翌日から10年間(年度単位)です。
- 2 加入掛金は継続会費を充当します。残額は給付金受取口座へ返金し、不足分は納入通知書により納めていただきます。
- 3 現住所は、郵送物及び配送物の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。
- 4 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。
『職場』を指定した際は、異動時または退職時に「医療互助変更届」による電話番号の変更が必要です。
『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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 記載いただいた個人情報、医療互助事業及び継続厚生事業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)