

医療互助退会申出書

退会理由

上記のとおり退会したいのでご承認くださるようお願いいたします。

一般財団法人 石川県教職員互助会理事長 殿

令和 年 月 日

会員番号

会員氏名

㊟

退会給付金請求書

請求金額

円

決定金額

※

円

振込先金融機関

銀行
信用金庫
労働金庫

支店
出張所

口座番号

注意: 振込先金融機関は、ゆうちょ銀行、農協及び漁協は不可となります。

上記のとおり請求します。

また、医療互助退会申出書の提出以後の請求はいたしません。

一般財団法人 石川県教職員互助会理事長 殿

令和 年 月 日

〒

住所

電話番号 () -

請求者

ふりがな

氏名

㊟

(会員との続柄)

(注意) 退会給付金の額は、次の計算式に基づき算定した額を給付します。
このため、医療給付金の請求がある場合は、必ず退会給付金の請求書と併せて送付してください。退会給付金の額が確定した後で、医療給付金の請求があっても給付できないのでご注意願います。

○退会給付金の算定方法

・会員期間 2年未満の場合 (拠出金－既給付済額)

・会員期間 2年以上の場合 (拠出金－既給付済額) × 1/4

(100円未満の端数は切り捨てる)

(注意) ※氏名を自署する場合は押印不要

※印欄は、記入しないでください。