

# 退職組合員登録票 (配偶者)

1	※確定組合員番号		氏名 漢字			性別 男女	生年月日 昭和	年	月	日	
	カナ										
2	年 月 日										
	配偶者氏名				(印)		(加入日の満年齢 歳)				
(自筆署名の場合、印不要)											
3	携帯電話番号	— —		第二連絡先	氏名(カナ)				続柄		
					電話番号						
4	組合員 (氏名 : ) (最終勤務校 : )										
5	振金融機定閥	銀行・信金 信組・農協・労金		支店出張所	カタカナ 口座名義人						
		銀行コード			支店コード		(普通) 口座番号(右詰め)				
加入後の健康保険(予定でも結構です) ※不明な場合は、加入後の職業をご記入ください。										※事務局使用欄	
6	【健康保険の種類 : (本人・家族)】 (職業 : ) どちらかに○印										
7	A・B・C いずれかに○印										
	A. 加入時から給付の開始を希望する。(配偶者給付追加金:加入日の満年齢により決まります。)										
	B. 60歳の誕生日から給付の開始を希望する。(配偶者給付追加金:820,000円) ※満60歳未満の方のみ選択可能										
C. 65歳の誕生日から給付の開始を希望する。(配偶者給付追加金:690,000円) ※満65歳未満の方のみ選択可能											

※この登録票に関する一連の個人情報については、京都府教職員互助組合の事業(支部事業含)に限り使用します。

## ※事務局使用欄

退教加入年月日					加入拠出金			納入日				※給付停止期間他		部長	係
5 (令和)								5 (令和)							
〒606-8397 京都市左京区聖護院川原町4の13 TEL 075-752-0540(直通) (社) 京都府教職員互助組合 退職互助部													※互助組合受付印		
													※整理番号		

注) ※印は記入しないでください。