

受付日

退職互助医療保険登録事項変更届(兼配偶者資格喪失届)

一般財団法人福島県農協役員共助会 御中

令和 年 月 日届出

この度、貴会に登録している内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出いたします。

会 員 コード					

住 所(変更前)

会員氏名(変更前)

印

1. 氏名変更・登録されている氏名を変更する場合記入してください。
(変更後の氏名が確認できる書類(健康保険証など)の写しを添付してください。)

変更対象者(該当者に○)		変更後の氏名
本人	配偶者	フリガナ

2. 住所・電話番号変更

郵便番号(7桁で記入)	住 所(漢字)
電話番号(携帯電話でも可)	

3. 口座変更・金融機関はJAのみとなります。(通帳の写しを添付してください。)

給付金振込先金融機関名	給付金振込先金融機関店舗名	金融機関コード	店舗コード	口座番号(右づめ)
JA	本店・本所 支店・支所			

※変更できるのは、会員本人名義の口座に限ります。

4. 保険種別変更(該当する方のみ記入の上、保険証の写しを添付してください。)

- 本人 年 月より 健康保険に変更になりました。
○ 配偶者 年 月より 健康保険に変更になりました。

5. 他制度より医療費の助成があります。(助成内容が分かるパンフレット等の写しを添付してください。)

- 該当者は、本人・配偶者・両者です。(該当項目を○で囲んでください。)

制度名 助成対象金額 あたり 円以上

※他制度とは、健康保険組合や共済組合、他互助会等からの付加給付制度になります。

6. 所得区分変更

- 本人 年 月より に変更になりました。
○ 配偶者 年 月より に変更になりました。

7. お知らせメール配信の変更

メール配信	メールアドレス
1. 申込む(アドレス変更)	
2. 停止する	@

8. 配偶者が資格喪失となる事由が発生しましたので、お届けします。(該当項目を○で囲んでください。)

ア. 離婚したため イ. その他(理由)

○ 上記事由の発生日 令和 年 月 日

事務局長	検 証	起 案

(注意事項) 届け出の締め切りは、毎月5日までとなります。

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の給付金支払い事務・統計および分析を目的に利用いたします。