

受付日

令和 年 月 日

退職互助保険料積立申込書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

一般財団法人福島県農協役職員共助会が行う退職互助医療保険の趣旨に賛同し、保険料の積立を申込みいたします。

会員コード		会 員 氏 名	生年月日	年 齢
団体コード	健保番号			
		印	昭和・平成 年 月 日	歳

○退職互助保険料積立の条件とは…

1. 共助会総合保険の会員であること。
2. 年齢が30歳以上であること。
(30歳未満でも申込はできますが、積立は満30歳に達した翌月から開始となります。)
3. 退職互助の積立を開始して25年間保険料を積立すること。
(但し、退職互助医療保険契約時に積立期間が15年以上(180ヶ月以上)あり、年齢が50歳を越えていれば、不足期間分の積立金を一時払積立金として納入していただくことで契約することができます。)

上記の申込書は、事実と相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

団体名

事業主名

印

※ この届出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収並びに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案