

退職医療返還一時金請求書

元現職会員	番 号	〇〇〇 第 〇〇〇 号		決 定 額 ※(互助会記入欄)	円
	氏 名	愛 媛 太 郎		現 職 会 員 資格取得年月日	昭和 61 年 4 月 1 日
	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日		退 職 又 は 死 亡 年 月 日	平成 31 年 3 月 31 日
請 求 額		5,000円 × $\left(\begin{array}{l} \text{平成7年4月1日から平成18年3月31日までの現職会員期間であった年数(6月未満の端数は、これを切り捨て、6月以上の端数は、これを1年に切り上げる。)} \end{array} \right)$ <u>11</u> 年 = <u>55,000</u> 円 (A)			
		2,000円 × $\left(\begin{array}{l} \text{平成18年4月1日以後の現職会員期間であった年数(6月未満の端数は、これを切り捨て、6月以上の端数は、これを1年に切り上げる。)} \end{array} \right)$ <u>13</u> 年 = <u>26,000</u> 円 (B)			
		合計金額 [(A)+(B)] = <u>81,000</u> 円			
退職者医療給付事業に加入しない理由		1 加入資格がないため ② 加入資格はあるが、加入を希望しないため			
給付金振込指定金融機関名		〇〇 銀行 〇〇 農協	本店・支店	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
			本所・支所	口座名義	エヒメ タロウ
上記のとおり退職医療返還一時金を請求いたします。					
一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様					
平成 〇 年 〇 月 〇 日					
〒 790 - 0003					
住所 松山市三番町5丁目13番地1					
請求者 氏名 愛 媛 太 郎 印					
TEL (089) 945 - 4045					

(注)「退職医療返還一時金請求書」は、下記の事由が生じた者が提出してください。

- 1 退職者医療給付制度に加入資格のない退職者
- 2 退職者医療給付制度に加入資格のある者で、加入を希望しない者