


## 退職会員・配偶者特別会員異動報告書

|   |                        |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|---|------------------------|------------------------------|---|---|-------|----------------------|---|---|-------|---------------------|
| 会員番号  | 1                      | —                            | 3 | 1 | —     | 〇                    | 〇 | 〇 | 会員区分  | ① 退職会員<br>2 配偶者特別会員 |
| ふりがな  | えひめ たろう                |                              |   |   |       |                      |   |   | 異動年月日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日      |
| 会員氏名  | 愛媛 太郎                  |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
| 区 分   | 変 更 前                  |                              |   |   | 変 更 後 |                      |   |   |       |                     |
| 退職会員・<br>配偶者特別会員  | ふりがな                   |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 氏 名                    |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | ふりがな                   | 〒                            |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 住 所                    | 〒                            |   |   |       | 〒                    |   |   |       |                     |
|   | 指 定 口 座<br>金 融 機 関 名   | 銀行 本店・支店<br>農協 本所・支所         |   |   |       | 銀行 本店・支店<br>農協 本所・支所 |   |   |       |                     |
|   | 及 び 口 座 番 号            | 口 座 番 号                      |   |   |       | 口 座 番 号              |   |   |       |                     |
|   | 健康保険制度の名称<br>被保険者証記号番号 | 愛媛県市町村職員共済組合 任継<br>任 〇〇〇-〇〇〇 |   |   |       | 国民健康保険<br>〇〇〇〇〇〇     |   |   |       |                     |
|   | 被 保 険 者 氏 名            | 愛媛 太郎                        |   |   |       | 愛媛 太郎                |   |   |       |                     |
| 被<br>扶<br>養<br>者  | ふりがな                   |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 氏 名                    |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | ふりがな                   |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 氏 名                    |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | ふりがな                   |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 氏 名                    |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | ふりがな                   | 〒                            |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
|   | 住 所                    | 〒                            |   |   |       | 〒                    |   |   |       |                     |
| 健康保険制度の名称<br>被保険者証記号番号  |                        |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
| 被 保 険 者 氏 名   |                        |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
| 変 更 理 由   | 加入している健康保険制度の変更のため     |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |
| 上記のとおり変更いたしましたので報告いたします。<br>一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様<br>令和 〇 年 〇 月 〇 日<br>会員氏名 愛媛 太郎  |                        |                              |   |   |       |                      |   |   |       |                     |

(注) 退職会員又は配偶者特別会員と被扶養者が同内容で異動したときは、被扶養者にかかる報告は必要ありません。