

**退職会員・配偶者特別会員資格喪失申出書
兼退職医療死亡弔慰金・退職医療脱退一時金請求書**

会 員	番 号	1 - 3 3 - 〇 〇 〇	互 助 会 記 入 欄 (記入しない ください)	決 定 額	退職医療死亡弔慰金 退職医療脱退一時金	円	
	氏 名	愛媛 太郎		受 理 年 月 日	年 月 日		
	区 分	1 退職会員 2 配偶者特別会員		資 格 喪 失	年 月 日		
	生 年 月 日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日		年 月 日			
退職医療死亡弔慰金又は退職医療脱退一時金の請求額		満60歳未満で死亡又は脱退した場合	退職会員又は配偶者特別会員の資格を取得するときに拠出した一時拠出金	= _____ 円 (A)			
		5,000円 ×	(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。))	_____ 年 = _____ 円 (B)			
		2,000円 ×	(平成18年4月1日から令和4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。))	_____ 年 = _____ 円 (C)			
		1,000円 ×	(令和4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。))	_____ 年 = _____ 円 (D)			
		合計金額 [(A)+(B)+(C)+(D)]			= _____ 円		
		満60歳以上70歳未満で死亡又は脱退した場合	10,000円 × (70歳までの残年数(1年未満の端数は、これを切り捨てる。))	9 年 = 90,000 円			
脱 退 理 由		1 死亡(死亡日 令和 〇 年 〇 月 〇 日) 2 その他					
給付金払込指定金融機関名		〇〇 銀行 〇〇	本店・支店 本店・支所	口 座 番 号	〇〇〇〇〇〇		
				口 座 名 義	エヒメ ハナコ		
上記のとおり		(一般財団法人愛媛県市町村職員互助会の退職会員・配偶者特別会員が死亡したので届け出るとともに、退職医療死亡弔慰金を) (一般財団法人愛媛県市町村職員互助会の退職会員・配偶者特別会員でなくなることを希望するとともに、退職医療脱退一時金を)			} 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							
令和 〇 年 〇 月 〇 日							
〒 790 - 0003							
申請・請求者		住 所 松山市三番町5丁目13番地1					
		氏 名 愛媛 花子 (妻)					
TEL (089) 945 - 4045							

(注) 1 退職会員又は配偶者特別会員の資格は、退職会員又は配偶者特別会員でなくなることを希望した場合は、その申出書を互助会が受理した日の属する月の翌月の初日が到来したときに、死亡した場合はその死亡した日の翌日に、それぞれ喪失いたします。
2 この申出書は、退職会員証・配偶者特別会員証を添付して提出してください。
3 「70歳」とは、満70歳に達した日の属する月の月末をいいます。