

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	令和 〇 年 3 月 31 日
請求額	5,000円 × $\left(\begin{array}{l} \text{平成7年4月1日から平成18年3月31日} \\ \text{までの現職会員期間であった年数(6月未} \\ \text{満の端数は、これを切り捨て、6月以上} \\ \text{の端数は、これを1年に切り上げる。)} \end{array} \right)$		11 年 =	55,000 円 (A)
	2,000円 × $\left(\begin{array}{l} \text{平成18年4月1日から令和4年3月31日} \\ \text{までの現職会員期間であった年数(6月未} \\ \text{満の端数は、これを切り捨て、6月以上} \\ \text{の端数は、これを1年に切り上げる。)} \end{array} \right)$		〇 年 =	〇〇,〇〇〇 円 (B)
	1,000円 × $\left(\begin{array}{l} \text{令和4年4月1日以後の現職会員期間で} \\ \text{あった年数(6月未満の端数は、これを} \\ \text{切り捨て、6月以上の端数は、これを1} \\ \text{年に切り上げる。)} \end{array} \right)$		〇 年 =	〇,〇〇〇 円 (C)
	合計金額 [(A)+(B)+(C)]		=	〇〇,〇〇〇 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				
令和 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				
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

