

報 告 書（退職会員用）

年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

フリガナ				
会 員 名 (生年月日)	(大正・昭和 . .)			印
会員番号	団体コード		会員コード	

下記のとおりご報告いたします。

記

配偶者の有無	有 . 無
フリガナ	
配偶者氏名 (生年月日)	(大正・昭和 . .)

住 所	フリガナ				
	〒	—			
電 話 番 号 () —					
※ご自分と配偶者が使用している保険証のコピーを用紙裏に添付ください。					
給付金の 送金先	金融機関名		岩手県信連 農 協 信 漁 銀 行	本 所 本 店 支 所 支 店	
預金種目 (○印)	1. 普通	名義人(フリガナ)			
	2. 当座	口座番号			

- ※ ① 退職会員の医療費給付対象者は、**会員本人とその配偶者**です。
 ② 上記報告書の提出後において記載報告事項に変更があった場合は、その都度この報告書を提出してください。
 ご不明の点がありましたら、本連盟までご連絡ください。

所 在 地 〒020-0024 盛岡市菜園1丁目4番10号
 電 話 番 号 019-626-8431 F A X 019-625-0680