

## (一財)新潟県教職員互助会継続加入意向確認書

会員氏名		現所属名	
現職員コード		現所属コード	
新職員コード	(記入不要)	新所属コード	(記入不要)
互助会 継続加入	<input type="checkbox"/> する		
〔 該当にレを 付してください 〕	<input type="checkbox"/> しない		
新所属名		異動の 発令 年月日	
(課名まで詳しく)	TEL		
給付金の払込先 口座	<input type="checkbox"/> 変更しない		
〔 該当にレを 付してください 〕	<input type="checkbox"/> 右記のとおり 変更する	金融機関名	
		支店名	
		種別・番号	普通
給付金振込 明細書の送付先	<input type="checkbox"/> 変更しない		
〔 該当にレを 付してください 〕	<input type="checkbox"/> 右記のとおり 変更する (勤務先は不可)	(〒	)
人事交流等に伴う教職員互助会会員の任意継続に関する取扱要綱の規定により、上記のとおり申込みます。			
一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様			
年 月 日			
申込者 氏名			
所属電話番号			

- 注 1 県内の国立学校及び市町村教育委員会に転出する予定の教職員は、必ず転出日前に提出してください。
- 2 継続加入者には、互助会継続加入承認通知書を後日送付します。
- 3 本申込み後の加入や退会はできません。