

## (一財)新潟県教職員互助会継続加入意向確認書 【割愛退職者用】

会員氏名		現所属名	
職員コード		所属コード	
互助会継続加入 (希望するものにチェックを入れる)		<input type="checkbox"/> 加入する / <input type="checkbox"/> 加入しない	
新所属名	(分かれれば課名まで記入願います。)		
新所属TEL	-	異動年月日 (和暦)	年 月 日
給付金受取口座 (希望するものにチェックを入れる)		<input type="checkbox"/> 変更する / <input type="checkbox"/> 変更しない	
<b>※ 変更する場合のみ記入</b> <b>&lt;指定できる金融機関&gt;</b> ①第四北越銀行 ②大光銀行 ③新潟県労働金庫 ④県内に本店を有する農業協同組合	金融機関名		
	支店名		
	預金種別	普通	
	口座番号		
給付金振込明細書の送付先 ※ (希望するものにチェックを入れる)		<input type="checkbox"/> 変更する / <input type="checkbox"/> 変更しない	
<b>※ 変更する場合のみ記入</b> <b>(異動により自宅住所を変更する場合等)</b>	送付先住所 (勤務先は不可)	〒 -	
<b>※ 給付金振込明細書は、総務事務システム(県立所属)や学校へハガキを送付(市町村立学校)してお知らせしていましたが、継続加入期間中はご自宅にハガキを送付いたします。</b>			
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い要綱の規定により、上記のとおり申し込みます。			
一般財団法人新潟県教職員互助会 理事長 様 (和暦) 年 月 日 申込者氏名 現所属TEL			

## 【留意事項】

- 割愛により国立学校や市町村教育委員会等に異動する予定の教職員は、必ず異動前に本書を提出願います。
- 継続加入を希望された方には、後日、互助会継続加入承認通知書を新所属へ送付します。
- 本申込み後の加入や退会はできません。