

一般財団法人福井県教職員互助会受給資格配偶者登録届

一般財団法人福井県教職員互助会理事長 様

下記のとおり受給資格配偶者に登録したいのでお届けします。登録のうえは、退職互助部に関する規約及び諸規程を遵守することを約束します。

令和 年 月 日

※ 退職会員番号	加入年月日

フリガナ		性別	生 年 月 日
配偶者氏名	Ⓜ	男・女	昭和 年 月 日

フリガナ			
配偶者の住所	〒 -		
※支部コード			
自宅電話番号	() -		
配偶者の携帯電話番号	- -		

給付金送金先 (配偶者)	銀行コード		支店コード	
	フリガナ		フリガナ	
	銀行名		支店名	
	普通預金 口座番号		口座名義 (カタカナ) 配偶者	

- (注) 1. ※の部分は、記入しないでください。
2. 給付金の口座は、配偶者様の口座をご記入ください。