

(一財) 高知県教職員互助会		R 3	特別会員番号	1 2 3 4 5 6
健康保険加入届 (特別会員用)				
フリガナ	フリ 太郎		性別	性 別
特別会員氏名	福利 太郎			(男)・女
生年月日	明大(昭) 34年 8月 10日		満 61歳	
現住所	高知市本町1-1-1		TEL 088-821-4755	
加入健康保険の種類 該当に○印を付す	<input checked="" type="checkbox"/> (ア) 国民健康保険 <input type="checkbox"/> (イ) 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> (ウ) 組管管掌保険 <input type="checkbox"/> (エ) 公立学校共済組合 <input type="checkbox"/> (オ) 公立学校共済組合 (任意継続組合員)		<input type="checkbox"/> (カ) 私立学校共済組合 <input type="checkbox"/> (キ) 地方職員共済組合 <input type="checkbox"/> (ク) 市町村職員共済組合 <input type="checkbox"/> (ケ) 船員保険 <input type="checkbox"/> (コ) その他の保険 ()	
保険の名称及び 記号・番号	保険者番号	3 9 0 0 1 3	記号番号	
	名 称	高 知 市		0 9 8 7 6 5 4 3
上記保険の資格 取得年月日	令和 3 年 4 月 1 日			
被保険者が勤務する 会社等の名称 (国保 の場合は市町村名)	高 知 市	あなたは上記保険 の被保険者ですか 被扶養者ですか	<input checked="" type="checkbox"/> (ア) 被保険者 <input type="checkbox"/> (イ) 被扶養者	
あなたが被扶養者の 場合、その保険の被 保険者はだれですか	被保険者 (組合員・世帯主) 氏名 " " 住所 あなたとの続柄			
健康保険加入届 (届出配偶者用)				
フリガナ	フリ 花子		性別	特別会員氏名
届出配偶者氏名	福利 花子		男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	福利 太郎
生年月日	明大(昭) 35年 10月 10日		満 60歳	
現住所	高知市本町1-1-1		TEL 088-821-4755	
加入健康保険の種類 該当に○印を付す	<input checked="" type="checkbox"/> (ア) 国民健康保険 <input type="checkbox"/> (イ) 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> (ウ) 組管管掌保険 <input type="checkbox"/> (エ) 公立学校共済組合 <input type="checkbox"/> (オ) 公立学校共済組合 (任意継続組合員)		<input type="checkbox"/> (カ) 私立学校共済組合 <input type="checkbox"/> (キ) 地方職員共済組合 <input type="checkbox"/> (ク) 市町村職員共済組合 <input type="checkbox"/> (ケ) 船員保険 <input type="checkbox"/> (コ) その他の保険 ()	
保険の名称及び 記号・番号	保険者番号	3 9 0 0 1 3	記号番号	
	名 称	高 知 市		0 9 8 1 2 3 4 5
上記保険の資格 取得年月日	令和 3 年 4 月 1 日			
被保険者が勤務する 会社等の名称 (国保 の場合は市町村名)	高 知 市	あなたは上記保険 の被保険者ですか 被扶養者ですか	<input checked="" type="checkbox"/> (ア) 被保険者 <input type="checkbox"/> (イ) 被扶養者	
あなたが被扶養者の 場合、その保険の被 保険者はだれですか	被保険者 (組合員・世帯主) 氏名 " " 住所 あなたとの続柄			

※ できれば、保険証の写しを添付してください。その場合は、「生年月日」の欄以下は記入する必要ありません。

※ 高知県内の市町村で国民健康保険に加入された方は、右の「同意書」に記入 ([]の中は市町村名を記入) し押印してください。(記入のない場合は自動給付ができませんので、請求給付となります。)

※高知県内の市町村で国民健康保険に加入した方のみ記入
※下の[]には国民健康保険に加入した市町村名を記入
※健康保険加入届と同意書は切り離さずに(一財)高知県教職員互助会事務局に提出してください。

同 意 書

[**高 知 市**]長 様

私は、[**高 知 市**]において国民健康保険に加入しており、一般財団法人高知県教職員互助会退職互助部の医療費補助給付の対象者です。

[**高 知 市**]の保有する私の個人情報で、同互助会から自動給付による医療費補助給付を受給するために必要な情報を、同互助会に提供いただくこと、また、そのために必要となる世帯の個人住民税の課税状況および課税所得について、当該市町村担当職員が調査をすることに同意いたしますので、よろしくをお願いします。

令和 **3** 年 **4** 月 **1** 日

郵便番号 **780-0001**

住 所 **高知市本町1-1-1**

(特別会員) 氏名 **福利 太郎**



(届出配偶者) 氏名 **福利 花子**



※互助会への情報提供は高知県国民健康保険団体連合会を通じて行われます。

お問い合わせ及び提出先

〒780-0850 高知市丸の内1丁目7-52

TEL 088-821-4917 FAX 088-872-1227

高知県教育委員会事務局教職員・福利課内 (一財)高知県教職員互助会