

配 偶 者 届										
退職した 現職会員 の配偶者	氏 名	男 女								
	生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日 (満 歳)								
	婚 姻 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日								
配偶者が勤めている時は はその勤務先										
<p>上記のとおり配偶者医療費補助金給付の対象となる配偶者を戸籍抄本を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〒 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>住 所</p> <p>会員氏名 ㊟</p>										
<p>一般財団法人 高知県教職員互助会理事長様</p>										

この届を提出する場合、配偶者の戸籍抄本（1部）を添付してください。