

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 令 和 年 月 日						
配偶者が勤めている時は その勤務先								
<p style="text-align: center;">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を添えて届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 <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> </tr> </table></p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">会員氏名</p> <p style="text-align: center;">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(1部、コピー可)を添付してください。