

# 職員退職届兼退職手当金請求書

平成 年 月 日

一般財団法人静岡県社会福祉事業共済会長 様

所在地  
法人名  
代表者名 印

下記のとおり職員が退職したので届けます。なお、退職手当金については負担金引落口座へ送金してください。

退 職 者 欄	法人番号— 施設番号	—	施 設 名	
	職員番号		フリガナ	
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (男・女)
	共済会加入年月日		昭和・平成	年 月 日
	施設加入年月日 <sup>※1</sup>		昭和・平成	年 月 日
	退職年月日		平成	年 月 日
	退職理由	1. 普通退職      2. 死亡      3. その他 ( )		
	合算申出の有無	有 ・ 無 ・ <sup>※2</sup> 合算解除		

※1 「最終在籍施設に加入または異動した日」を記入してください。

※2 合算解除を○にした場合は、退職者欄の「共済会加入年月日」「施設加入年月日」の記載を省略することができます。

負担金を口座振替にしていない場合は記入してください。給付がない時は記入不要です。

送 金 先	送金先金融機関名を記入の上、○で囲んでください。			
	銀行 信用金庫 農協		支店	
	金融機関コード		店番号	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	No.
	口座名義 (共済会加入者)			

事務担当者 氏 名		事務担当者 連 絡 先	電話 (市外局 ) ( 局 ) ( 番 )
--------------	--	----------------	-----------------------

- 死亡による退職の場合は死亡診断書の写しを添付してください。
- 請求者に係る個人情報、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲で利用されます。