〈様式第4号〉

職 員 退 職 届 兼 退 職 手 当 金 請 求 書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人静岡県社会福祉事業共済会会長　様

所 在 地

法 人 名

代表者名　　㊞

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		退職者氏名	（旧姓　　）				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	（男・女）		
	共済会加入年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
	施設加入年月日　※1	昭和・平成・令和	年	月	日			
	退職年月日	平成・令和	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※3　・　無　・　合算解除（合算を取りやめ請求）※2						

※1 「最終在籍施設に加入または移動した日」を記入してください。

※2　合算解除を〇にした場合は、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。

☆3年以上の在籍期間のある退職職員には、下記の退職者確認欄へ本人の署名を戴いてください。

※3　合算有に記入したときは下記の記載は必要ありません。

退職者確認欄	私は今回、退職に際して上記届出法人から退職金についての説明を受け、下記項目事項を確認しました。 □退職手当金は、共済会加入期間が3年以上の方に支給されます。 □請求書を受け付けてから1か月程度で法人へ送金を行います。 その後、法人から貴方様への支給となります。 ※確認した場合は、□の中にチェックを入れてください。 記載日　　年　　月　　日 退職者氏名 （自筆）

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、〇で囲んでください。		
	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
	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　（　　）（　　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は、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。