

退職手当金請求書

一般財団法人 香川県民間社会福祉施設振興財団 理事長 様

次のとおり退職手当金を請求します。

年 月 日

契約者番号 □□□□	施設番号 □□	共済契約者の名称 及び代表者	請求印 ①
		施設名	

【退職者】

職員番号 □□□□	被共済職員 氏名	①	旧姓
--------------	-------------	---	----

退職年月日 4 平成 5 令和 □□ □□ 年 □□ 月 □□ 日	退職理由 □	1 普通退職 2 死亡退職
--------------------------------------	-----------	------------------

第2退職手当金 加入の有無	有・無	(死亡退職の場合) 請求者氏名	①	続柄
------------------	-----	--------------------	---	----

住所 郵便番号	□□□□ □□□□
都道府県・ 市区郡町名	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
町村字名 地番	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

退職区分 一般障害 □□	生活扶助 有 無 □□	□ 現住所と同一 □ 現住所と異なる	その年の 1月1日現在の 住所
--------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------

退職した月以前6ヶ月の各月本俸額 (特殊業務手当含む)		下記記入月の期間において			
		定期昇給	有・無	ベース改定	有・無
年月	本俸月額(円)	年月	本俸月額(円)		
年 月		年 月			
年 月		年 月			
年 月		年 月			
		6ヶ月の平均本俸			

(注)平均本俸は小数点以下切り上げとなります。

源泉徴収票添付の同意について※
同意しない場合のみチェック → <input type="checkbox"/>
※本財団が代行作成する源泉徴収票を福祉医療機構退職金請求関係書類への添付を行うことについての可否について。

就職年月日	「退職所得申告書」提出のチェック	財団使用欄	
		4月 前年度 4月	
		機構	

注意事項

- 該当する箇所に、レ印もしくは文字・数字等を記入してください。
- 本俸は実支給額ではなく被共済職員状況届に記載されている本俸をご記入ください。
- 日額給与の職員については、支給額に関係なく、日額給与に21を乗じた額をご記入ください。
- 定期昇給やベース改定がある時は、辞令または給与明細を提出してください。

<個人情報の取り扱いに関する注意事項>

被共済職員に係る個人情報は、退職手当共済及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。

