


# 加入者退会報告書・退職給付金支払請求書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申込日 20 年 月 日

施設・団体番号					
共済契約者又は施設等所在地 共済契約者又は施設等名称 (法人名・施設名) 共済契約者又は施設長等名 (理事長・会長・施設長等)					 <small>(法人印または施設長印)</small>
TEL < > ( ) -					

事務担当者(記入者)氏名:

下記のとおり、退会しましたので報告します。

退会者	会員番号	フリガナ	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>		
共済会加入期間 (西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	共済掛金 最終支払月	20 年 月 分		
施設・団体就職年月日 (西暦)	年 月 日	掛金額	通常掛金・2倍掛金		
就職した施設・団体名					
退職区分	1 普通退職 (定年退職・雇用形態・掛金額の変更による退職の場合も含む) 2 死亡退職 (この場合は、下記の請求で、「遺族欄」に記入すること) 3 共済契約解除→①共済契約者による共済契約解除 ②会員による共済契約解除 <small>※共済契約者による共済契約解除の場合は、加入会員全員の同意と共済契約解除申出書(様式第7号)も必要です  ※共済契約者又は会員による共済契約解除の場合は、会員掛金総額のみ給付されます</small> 4 除名 <small>※除名の場合は、会員掛金総額のみ給付されます。</small> 5 退職給付金受給権の消滅 (会員が退会した日から5年を経過したとき)				
休職期間 (西暦・共済掛金納付停止期間)	1. 年 月 ~ 年 月 2. 年 月 ~ 年 月 3. 年 月 ~ 年 月	通 算	年	ヶ月	源泉徴収票添付の同意 <input type="checkbox"/> 同意しない場合のみチェック→ <input type="checkbox"/>
福祉医療機構加入	・加入 (退職届必要) 提出・未提出・未加入	自助年金加入	・有 (脱退届必要) ・無		
共済会記入欄	福祉医療機構退職届提出状況 提出確認済み・不備のため連絡 ( 月 日 )⇒再提出確認 ( 月 日 )				

下記のとおり、退職給付金の支払いを請求します。

退会者	フリガナ			生年月日 (西暦)	年 月 日
	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>				
	住所 〒	TEL < > ( ) -			
遺族	フリガナ			続柄	
	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>				
	住所 〒	TEL < > ( ) -			
共済契約者受入口座	銀行・信用組合		本店		
	信用金庫・農業協同組合		支店		
			支所		
	金融機関コード	店番号	口座番号	預金種目	共済契約者指定受入口座名義 (共済契約者以外の口座は送金できません)
・普通					
・当座					

\* 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。  
\* 受入口座欄は、必ず共済契約者の口座を記入してください。  
<個人情報の取扱いに関する注意事項> 申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。