

# 【記入例】

(2020.04)  
様式 第7号- (1) / 様式 第8号- (1)

共済会受付日付印

## 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 2021年 1月 5日

下記のとおり会員が退会しましたので報告します。

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 施設・団体番号                              | 0 8 0 0   |
| 共済契約者又は施設等所在地<br>名称<br>代表者名等<br>電話番号 | 岐阜市藪田五丁目123番地<br>特別養護老人ホーム 天使の家<br>施設長 美濃一郎<br>TEL 058-275-9111 |



担当者 : 美濃 一郎

必ず押印してください。

<退会者>

|                       |   |               |  |
|-----------------------|---|---------------|--|
| 会員番号                  | 0 0 3 0   | フリガナ<br>退会者氏名 | キョウサイ フクコ<br>共済 ふく子  |
| 共済会加入期間 (西暦)          | 2001年 4月 1日 ~ 2002年 12月 31日   |               | 掛金最終支払月 2020年 12月  |
| 掛金区分 (退職月)            | <input checked="" type="checkbox"/> 通常掛金 <input type="checkbox"/> 2倍掛金  | 自助年金加入        | <input type="checkbox"/> 有 (脱退届必要) <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 退職区分                  | <input checked="" type="checkbox"/> 普通退職 (転職・定年などの自己都合/法人の解散/施設・団体の廃止/社会福祉事業の廃止)<br><input type="checkbox"/> 死亡退職<br><input type="checkbox"/> 共済契約者による共済契約解除<br><input type="checkbox"/> 会員による共済契約解除<br><input type="checkbox"/> 除名 |               |  |
| 休職期間 (西暦)<br>(掛金中断期間) | 1. 2002年 11月 ~ 2003年 6月<br>2. 2004年 8月 ~ 2005年 1月<br>3. 年 月 ~ 年 月   | 休職通算期間        | 1年 2ヵ月   |
| 福祉医療機構書類              | <input checked="" type="checkbox"/> 加入 (退職届必要・合算含む) 提出済 <input type="checkbox"/> 1年未満退職 (退職届不要) <input type="checkbox"/> 未加入<br><input type="checkbox"/> 加入 (退職届必要・合算含む) 未提出 <input type="checkbox"/> 継続                            |               |  |
| 支払請求書未提出理由            | <input type="checkbox"/> 所在不明 <input type="checkbox"/> 請求放棄 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |               |  |

休職期間を合算して記入してください

下記のとおり、私は退職給付金を請求します。あわせて退職給付金を共済契約者指定振込口座に振込むことを承諾します。

<受給者>

|      |  |    |    |
|------|--|----|----|
| 請求区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 退職者本人 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他 | 続柄 | 本人 |
| フリガナ | キョウサイ フクコ  |    |    |
| 氏名   | 共済 ふく子   |    |    |
| 郵便番号 | 〒 500-0001   |    |    |
| 住所   | 岐阜市高山町3-1 コーポ船303号室 ←  |    |    |
| 電話番号 | TEL 058-273-0123   |    |    |

必ず押印してください。

・必ず郵便が届く住所を郵便番号から正確に記入してください。  
・遺族、その他が請求する場合は死亡した会員との続柄を明らかにする書類が必要です。

### 【注意事項】

- 退会者が改姓している場合は加入者変更届、休職中の場合は加入者休職・復職届を必ず提出してください。
- 退職区分により、添付書類・退職給付金が異なるため「事務処理の手引き」の解説を必ずお読みください。
- 退会者が所在不明などの場合、本人の印無し・支払請求書未記入で提出してください。但し、支払請求書未提出理由欄の該当する理由にチェックをしてください。
- 指定振込口座は、1共済契約者につき1口座です。代表者の変更等のため口座変更する場合は、指定振込口座届 (変更) を提出してください。
- 退会者が福祉医療機構に退職手当金を請求する場合、共済会の退職給付金における源泉徴収票を添付します。添付を希望されない場合は共済会へご連絡ください。
- 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

<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。