

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 年 月 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	
共済契約者又は施設等 所在地 名称 代表者名等 電話番号	印
担当者 :	

<退会者>

会員番号		フリガナ 退会者氏名	印	
共済会加入期間 (西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	掛金最終支払月	年 月	
掛金区分 (履歴)	<input type="checkbox"/> 通常掛金 <input type="checkbox"/> 2倍掛金 <input type="checkbox"/> 1/2掛金	自助年金加入	<input type="checkbox"/> 有 (脱退届必要)	<input type="checkbox"/> 無
退職区分	<input type="checkbox"/> 普通退職 (定年などの自己都合/雇用契約の変更/法人の解散/施設・団体の廃止) <input type="checkbox"/> 死亡退職 <input type="checkbox"/> 共済契約者による共済契約解除 <input type="checkbox"/> 会員による共済契約解除 <input type="checkbox"/> 除名			
休職期間 (西暦) (掛金中断期間)	1. 年 月 ~ 年 月	休職通算期間	年 月	
	2. 年 月 ~ 年 月			
	3. 年 月 ~ 年 月			
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 ()			

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 type="checkbox"/> 退職者本人 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他	続柄	
フリガナ 氏 名	印		
郵便番号 住 所 電話番号	〒 Tel		

【注意事項】

- 退会者が改姓している場合は新姓に訂正。休職中に退会する場合は、休職期間の終了月を退職する月に訂正して (朱書きおよび法人 (施設) 印を押印) 共済会へ提出してください。
- 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」の解説を参照してください。
- 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。
口座変更する場合は、変更後の指定振込口座届を提出してください。
- 退職給付金裁定兼支払書 (施設) に共済会の退職給付金における源泉徴収票を同封して送付します。
保存または独立行政法人福祉医療機構等の退職手続きに使用してください。
- 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。

【例】

(2025.01)
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者共済会 理事長 様

申込日 2024年 04月 01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 9 9 9
共済契約者又は施設等所在地 名称 代表者名等 電話番号	岐阜市下奈良2-2-1 特別養護老人ホーム 岐阜共済 施設長 共済太郎 TEL058-201-1592

担当者 : 共済 太郎

必ず押印してください

<退会者>

会員番号	0 0 0 2	フリガナ 退会者氏名	キョウサイ フクコ 共済 ふく子	本人 印
共済会加入期間 (西暦)	2000 年 04 月 01 日 ~ 2024 年 03 月 31 日	掛金最終支払月	2024 年 02 月	
掛金区分 (履歴)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常掛金 <input checked="" type="checkbox"/> 2倍掛金 <input type="checkbox"/> 1/2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 (定年などの自己都合/雇用契約の変更/法人の解散/施設・団体の廃止) <input type="checkbox"/> 死亡退職 <input type="checkbox"/> 共済契約者による共済契約解除 <input type="checkbox"/> 会員による共済契約解除 <input type="checkbox"/> 除名			
休職期間 (西暦) (掛金中断期間)	1. 2024 年 03 月 ~ 2024 年 03 月 2. 年 月 ~ 年 月 3. 年 月 ~ 年 月	休職通算期間	0 年 1 カ月	
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 ()			

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	必ず押印してください
フリガナ	キョウサイ フクコ			本人 印
氏名	共済 ふく子			
郵便番号	〒500-8385			必ず郵便が届く住所を入力してください ・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
住所	岐阜県岐阜市下奈良2-2-1			
電話番号	TEL058-201-1592			

【注意事項】

- 退会者が改姓している場合は新姓に訂正。休職中に退会する場合は、休職期間の終了月を退職する月に訂正して (朱書きおよび法人 (施設) 印を押印) 共済会へ提出してください。
- 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」の解説を参照してください。
- 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。
口座変更する場合は、変更後の指定振込口座届を提出してください。
- 退職給付金裁定兼支払書 (施設) に共済会の退職給付金における源泉徴収票を同封して送付します。
保存または独立行政法人福祉医療機構等の退職手続きに使用してください。
- 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。