

◎「被共済職員退職届」は、原本を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。また、共済契約者様の控えとして写しをお手元に残してください。
 ◎ 給与台帳等の確認書類の提出を依頼することがあります(事前添付可)。

業務委託先受付日付印			機構受付日付印		
756	761	763	766	771	773

(約款様式第7号)
被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 年 月 日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

職員番号		退職者氏名 (氏名全部をカナ及び漢字で記入してください)		149 退職理由(該当する番号を○で囲んでください)	
10	14	カタカナ	15 34	① … 普通退職 (結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき)	
		漢字	35 74	② … 普通退職 (平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき)	
変更前の氏名		カタカナ	75 94	③ … 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職	
(変更している場合のみ記入)		漢字 (旧姓)	95 134	④ … 犯罪等による退職	
		(年 月 日変更)		[退職理由により添付書類が必要な場合があります。]	
生 年 月 日		141 143 退職年月日		148	
1	明 治	年	月	日	平成 年 月 日
2	大 正				
3	昭 和				
4	平 成				
退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職した月以前6か月の本俸月額	
業務に従事した日数が10日以下の月				(ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)	
業務上の傷病による休業期間(現認証明書の添付が必要)		育児休業の申請があったもの		年 月 俸 給 表 の 額	
176 1 新規 2 変更 3 再取得		178 年 月 183日		〈俸給表の額とは別掲〉	
出産日		185 190		俸 給 の 調 整 額 (※2)	
育児休業開始日		192 197		手当名 ()	
育児休業終了日		975 有 ・ 無		199 202 203 209 211 216	
パパ・ママ育休プラス		975 有 ・ 無		218 221 222 228 230 235	
半年延長の理由(※1)		1 2		237 240 241 247 249 254	
824 1 新規 2 変更 3 再取得		826 年 月 831日		256 259 260 266 268 273	
出産日		833 838		275 278 279 285 287 292	
育児休業開始日		840 845		294 297 298 304 306 311	
育児休業終了日		976 有 ・ 無			
パパ・ママ育休プラス		976 有 ・ 無			
半年延長の理由(※1)		1 2			
共済契約者番号		共済契約者		カード	
		氏名又は名称		1 2	
		住 所		7 9	
事務担当者氏名		連絡先		電話(市外局)(局)(番)	
印					
(※1) 育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。 1…保育所に入所を希望しているが、入所できない場合 2…子の養育を行っている配偶者であって、1歳または1歳6ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合					
(※2) 俸給の調整額 業務または職務の内容により俸給表で定める本俸を是正・調整するために、定額又は定率により毎月支給するものが該当します。給与規程に明記されていることが必要です。詳しくは、配布したマニュアルの制度概要編「本俸月額」をご覧ください。					

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

記入しないでください

771 障害有無	773 受取済退職金額	780 781 国 税	787 788 市町村民税	794 795 道府県民税	801 802 勤続年数	803 804 振込区分
807 請求者印	809 請求者訂正印	810 申告書印	811 契約者印	814 契約者訂正印	818 調整額名称有無	813 現認証明
					812 添付書類	817 留保
						820 確認

(注)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。なお、次の理由に該当する場合は口の中にチェックを入れてください。その他の理由がある場合は欄外に記載してください。[口所在不明 口退職者が請求放棄をしている 口一年未満]

退職手当金請求書

846
0

【重要事項説明】

- ①以下の説明は社会福祉施設職員等退職手当共済法(以下「法」と記載)に基づくものとします。
- ②退職した場合、退職手当金の請求あるいは法第11条で規定する被共済職員期間の合算の利用のいずれかを選択でき、退職金の請求は本紙により行いません。
- ③退職者の犯罪行為による退職(法第13条)のほか、虚偽報告その他、法の規定により退職手当金が支給されない場合があります。

機構受付日付印

977

983

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 年 月 日

私は、上記重要事項説明を理解した上で、退職手当金を請求します。なお、請求する私は反社会的勢力ではなく、また、反社会的勢力への関与はありません。

請求者	312 請求者区分(統柄)	フリガナ	313	332 372	373 生 年 月 日	379	連絡先電話番号				
	1 退職者本人	氏 名	333	(印)	1 明治	年	月	日	市外局	局	番号
	2 相続人()				2 大正						
3 遺族()	3 昭和										
	4 平成										
	郵便番号		403	住所							
	〒	396	398	399	402						
振込先金融機関	金融機関コード	店番号	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。								
	570	573 574 576	510	539	540	銀行・信用組合			569	本店・支所	
	口座番号 (右詰めで記入してください)		預金種目	口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)			〔あなた以外の預金口座には送金できません〕				
	577	583	普通	585				605			

＜個人情報取り扱いに関する注意事項＞ 請求者又は退職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内で利用されます。

平成 年 月 日	芝 税務署長 市町村長 殿	平成 年分	退職所得の受給に関する申告書	支払者受付印
退職手当の支払者の	所在地(住所) 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号	氏名	615	(印)
名称(氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所	〒	
法人番号	8010405003688	個人番号	654	
		その年1月1日現在の住所	655	754

【個人番号の取得目的】 あなたの個人番号は税務手続きに利用します。

このA欄には、全ての方が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)										
A	① 退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	年	月	日	③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	年
	② 退職の区分等	一般	生活扶助	の	有・無	至	年	月	日	年
あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。										
B	④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自	年	月	日
あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。										
C	⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間	自	年	月	日
A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。										
D	⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間	自	年	月	日
	⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自	年	月	日
B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。										
E	区分	退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額	支払いを受けた年月日	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)		
	B	:	:			:	一般			
	C	:	:			:	障害			

源泉徴収票貼付欄
のりづけして、ホッチキスでとめてください

注意 1 この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

2 Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

◎原則、被共済職員退職届(約款様式第7号)と併せてご提出下さい。

機構受付日付印	
977	983

合算制度利用申出書

846
1

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

私は、下記重要事項説明を理解したうえで、合算制度を利用します。

【重要事項説明】

- ①以下の説明は社会福祉施設職員等退職手当共済法(以下「法」と記載)に基づくものとします。
- ②退職した場合、退職手当金の請求あるいは法第11条で規定する被共済職員期間の合算のいずれかを選択でき、合算制度の利用は本紙での申出が必要です。
- ③退職者の犯罪行為による退職(法第13条)のほか、虚偽報告その他、法の規定により退職手当金が支給されない場合があります。
- ④次のいずれかに該当するときは、②でいう期間の合算はできません。
 - ア. 退職手当金を請求したとき
 - イ. 退職日を含めて被共済職員としての在籍期間が1年未満のとき
 - ウ. 今回の申出に伴う退職が③に該当するとき
 - エ. 退職後3年以内(平成28年3月31日以前の退職においては2年以内)に、再び被共済職員にならなかった場合には、期間の合算ができないことを承諾できないとき

退職者ご本人が記載ください

312	請求者区分(続柄)	フリガナ	313 333	332 372	373	生	年	月	日	379	連絡先電話番号					
1	退職者本人	氏名		(印)	1	明					市	外	局	局	番	号
	郵便番号	住所	403		2	大										502
	〒	396	398	399	402	3	昭									
						4	平									

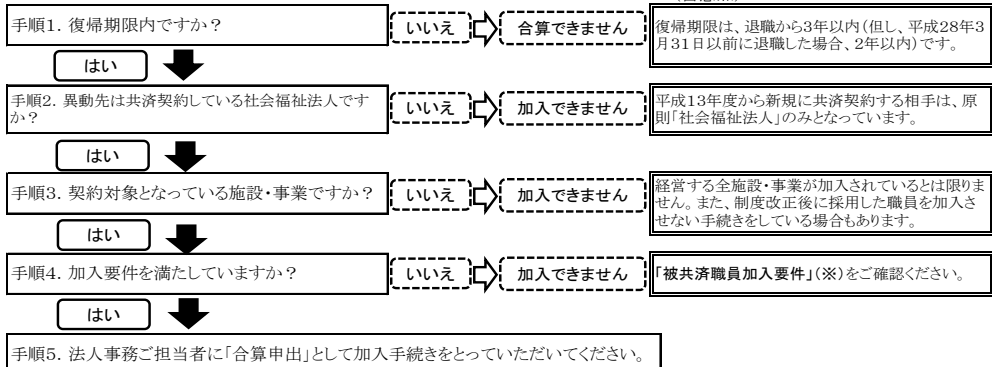
<個人情報の取扱いに関する注意事項> 退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

【参考】

- ① 再度、当機構の共済制度に加入される場合、下記のチャート図により加入の可否をご確認下さい。
- ② 本申出書のコピー1部を控えとして保管のうえ、再び加入することが可能の場合、本申出書のコピーを法人事務ご担当者にお渡しすると共に合算制度を利用していることをお伝えいただくと手続きが円滑に進みます。

□ ご退職から復帰期限までに異動先がお決まりになりましたら、再びご加入できるか次の手順でご確認ください。

(留意点)



※ 「被共済職員加入要件」

退職手当共済制度の加入対象者は、共済契約者に使用され、かつ、その者の経営する加入対象施設等の業務に常時従事することを要する職員で次のア〜ウの職員をいいます。

ア. 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)は、採用日から加入します。

イ. 1年の雇用期間を定めて使用される職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は、採用日から加入します。

ウ. 1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は、採用から1年経過した日から加入します。

※非常勤職員、嘱託、パート等の名称で呼ばれる者を含みます。

合算制度についてご不明な点があれば忌憚無く独立行政法人福祉医療機構 退職共済課(0570-050-294)にご連絡ください。

◎原則、被共済職員退職届(約款様式第7号)と併せてご提出下さい。

本人確認書類貼付用用紙

【注意事項】

氏名の変更が伴う場合、旧姓から新姓への変更が確認できる公的証明書(戸籍抄本(写)、旧姓と新姓が確認できる住民票(写)または運転免許証の表裏(写))が必要となります。

985

990

個人番号カードの写し又は番号通知カードの写しを貼付して下さい

顔写真付きの身分証明書等身分確認書類を貼付して下さい

【退職手当金請求書等 提出前チェックリスト】

提出をする前に次のことをもう一度**ご確認**ください！
以下のチェック項目の記入等がない場合、通常時より支給が遅れる恐れがあります。

【退職手当金請求書または合算制度利用申出書提出時の**共通**チェック項目】

- 請求者区分の選択は正しいですか？
※ 本人は1に、相続人は2に、遺族は3に○をつけましたか？
- 請求するあなたの氏名、フリガナを記入しましたか？
- 結婚等で氏名が変更している場合、請求書には**新姓**を記入していますか？
- あなたの印鑑を鮮明に押しましたか？
※ 不鮮明な場合は余白に再度押印をしてください。
- 元号（昭和・平成等）に○をつけ、生年月日を記入しましたか？
- 連絡先電話番号を記入しましたか？
- 7桁の郵便番号を記入しましたか？
- 住所を記入していますか？住所は現在お住まいの住所になっていますか？
- 記入事項に訂正がある場合、請求者印で訂正印を押印していますか？
- 鉛筆や消せるボールペンで請求書を記入していませんか？
※ 鉛筆等を使用した場合、受付ができません。

【退職手当金請求書提出時のチェック項目】

- 振込先金融機関の金融機関コード、支店番号、金融機関名、支店等名を請求者ご本人の通帳キャッシュカード等をもとに正しく記入しましたか？
- 振込先金融機関が**ゆうちょ銀行**の場合、支店名は**漢数字三文字（最終桁は「八」）**になっていますか？また、口座番号は**7桁の数字**が記載されていますか？
- 振込先金融機関や支店名が合併や支店統廃合等により変更となっていないですか？
- 振込先金融機関の通帳の表紙と見開きページの写を添付しましたか？
- 退職所得の受給に関する申告書の「あなたの」欄に記入・押印し、「A」欄に記入しましたか？
- 「個人番号」（マイナンバー）は正しく記入しましたか？
- 「その年1月1日現在の住所」には、その時点の住民票に登録されている住所を記入しましたか？
- 機構以外から支給された退職所得にかかる源泉徴収票を添付しましたか？
- 「本人確認書類（運転免許証等）」の貼付もれはありませんか？
- 結婚等で氏名が変更している場合、**新姓の本人確認書類**を添付していますか？
- 最後に記入漏れ・押印漏れ等がないか今一度ご確認ください。

退職手当金支給時期について

【退職金の受給が機構だけの場合】請求手続きは、①ご退職されるお勤め先（退職時に請求書を提出）→②業務委託先（各都道府県の社会福祉協議会等（請求書を取りまとめて機構へ提出））→③福祉医療機構という順番で請求書が送付されます。請求書が機構へ届く③の時点から退職手当金支給までに書類審査、データ登録、金融機関への送金指示等の手続き等があるため概ね2ヶ月を要します。請求が集中する時期、財源の状況、記載内容の誤りなどにより2ヶ月以上かかることがあります。

【退職金の受給が複数ある場合】通常、機構以外からの退職金の受給が完了して後にご退職されるお勤め先が機構へ退職手当金請求手続きを開始しますので、**機構以外からの退職金を受給するまでの期間が上記の期間（概ね2ヶ月）に加わる**ことになります。

【退職手当支給時期に関するお問い合わせ先：ナビダイヤル **0570-050-294**】