

◎「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)。  
 (約款様式第7号)

業務委託先受付日付印			機構受付日付印		
756	761	763	768		

## 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30年 3月22日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

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)										退職理由(該当する番号を○で囲んでください)									
00001										カタカナ 15 カミヤ マチコ 34 漢字 35 神谷 町子 74										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) 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) ③ … 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 ④ … 犯罪等による退職									
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)										カタカナ 75 ヒビヤ マチコ 94 漢字 (旧姓) 95 日比谷 町子 134 ( 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										退 職 年 月 日																			
1 明 治 年 月 日 2 大 正 年 月 日 3 昭 和 年 月 日 ④ 平 成 年 月 日										141 143 148 1 0 3 0 0 3 1 5																			
退職月の直前の4月から退職月までの期間において										業務にに従事した日数が10日以下の月 (被共済職員期間とならない月)										退職した月以前6か月の本俸月額 (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)									
育児休業の申請があったもの										年 月 俸 給 表 の 額										〈俸給表の額とは別掲〉 俸給の調整額(※2) 手当名(特殊業務手当て)									
176 ① 新規 2 変更 3 再取得										199 202 203 209 211 216																			
出産日 178 2 9 0 7 1 0										3 0 0 2 1 8 1 0 0 0										7 2 4 0									
育児休業開始日 185 2 9 0 9 0 5										218 221 222 228 230										7 2 4 0									
育児休業終了日 192 3 0 0 3 1 5										237 240 241 247 249										7 2 4 0									
パパ・ママ育休プラス 975 有・無										256 259 260 266 268										7 2 4 0									
半年延長の理由(※1) 975 1 2										275 278 279 285 287										7 2 4 0									
824 1 新規 2 変更 3 再取得										294 297 298 304 306										311									
出産日 826 年 月 日 831日										2 9 1 2 1 8 1 0 0 0										7 2 4 0									
育児休業開始日 833										2 9 1 1 1 8 1 0 0 0										7 2 4 0									
育児休業終了日 840										2 9 1 0 1 8 1 0 0 0										7 2 4 0									
パパ・ママ育休プラス 976 有・無										2 9 0 9 1 8 1 0 0 0										7 2 4 0									
半年延長の理由(※1) 976 1 2																													
共済契約者番号										氏名又は名称										カード									
139999										社会福祉法人○△福祉会										1 2									
共済契約者										住 所										7 9									
										東京都港区虎ノ門4-3-13										印									
事務担当者氏名										虎の門 太郎										連絡先 電話(市外局 03 )( 3438 局)( 0215 番)									

(※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。

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			
請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820

(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 □退職者が請求放棄をしている □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。

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 30 年 3 月 22 日 846

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	請求者区分(続柄)	フリガナ	312	313	332	373	379	連絡先電話番号								
	① 退職者本人 ② 相続人( ) ③ 遺族( )	氏名	カミヤ	マチコ	333	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日	市外局	局	番号						
	〒 396 398 399 402 9 9 9 9 9 9	住所	333	神谷 町子			372	3	0	1	2	1	2	03	2222	1111
振込先金融機関	郵便番号	403	東京都港区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号			振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。			539 540 新橋 銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合			569 本店・支所 支店・出張所				
金融機関コード	店番号	口座番号 (右詰めで記入してください)			577	583	585	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			605		
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	普通			カミヤ	マチコ										

<個人情報の取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	神谷 町子
名称(氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所	〒 999 - 9999 東京都港区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号	
法人番号	8010405003688	個人番号	1234 5678 9101	
		その年1月1日現在の住所	東京都港区新橋1-11-111 コーポ新橋1000号	

**【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、全ての人が、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。)

① 退職手当等の支払を受けることになった年月日	30 年 3 月 15 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 27 年 3 月 1 日 年 至 30 年 3 月 15 日 4
② 退職の区分等	一般 生活の扶助	生活の扶助	有 無

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。

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 至 年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日 年 至 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。

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 至 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 年 至 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。

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 年 至 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 年 至 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 年 至 年 月 日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日 年 至 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。

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)
				市町村民税(円)	道府県民税(円)			
B	:	:				:	一般 障害	
C	:	:				:	一般 障害	

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。

のりづけして、源泉徴収票貼付欄

## 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

### 通知カード

個人番号 0123 4567 8901

氏名 福祉 太郎

住所 ○○県△△市□□町1丁目1番地

平成○年○月○日生  
発行日 平成△年△月△日

性別 男

□□市長  
A012345678

氏名		昭和	年	月	日生
本籍					
住所					
交付	平成 年 月 日				
平成○○年○○月○○日まで有効					
免許の 条件等					運 転 免 許 証
番号	第	123456789012	号		
公安委員会					