

退職手当金請求書・合算申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 28 年 3 月 22 日

【注意事項】

- 退職手当金請求または合算制度の利用はこの書類をもって行います。
- 退職手当金の支給はこの届出書類が機構に到着してから概ね2ヵ月で行われますが、請求が集中する時期は更に時間を要することがあります。
- 【支給制限】
- 自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職したときは、退職手当金が支給されることがあります。
- 虚偽の記載があった場合は、退職手当金が支給されないことがあります。

機構受付日付印

977

983

※ いずれかを選択してください

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。

合算制度を利用します ※合算制度を利用する場合は「請求者(利用者)」欄以外の記入の必要はありません。

私は、上記注意事項等を理解した上で、

請求者区分(続柄)	フリガナ	313	カミヤ	マチコ	322	373	生年月日	379	連絡先電話番号
① 退職者本人 2 相続人() 3 遺族()	氏名	333	神谷 町子		332	373	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	6 20 7 01	市外局 局 番号 03 3438 9243
郵便番号	住所	303	〒145-0085 東京都大田区スヶ原2丁目0番△号 ニューハイム302号						
振込先金融機関	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。	539	540	569	569	福祉 銀行・信用組合 新橋 本店・支所 信用金庫・農業協同組合 支店 出張所			
口座番号 (右詰めで記入してください)	預金種目	577	583	586	605	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]			
0054321	普通	カミヤ	マチコ						

【個人情報取扱に関する注意事項】 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 28 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	あなたの (福祉医療機構用)退職所得の受給に関する申告書「個人番号」欄に貼付してください
名称(氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所	〒145-0085	
法人番号	8010405003688	個人番号		
		その年1月1日現在の住所	東京都大田区スヶ原2丁目0番△号 ニューハイム302号	

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。)

A	① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日	28 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 26 年 3 月 1 日 年 至 28 年 3 月 15 日 3
	② 退職の区分等	一般 生活の扶助	障害 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。

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 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。

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 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。

D	⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(⑥)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。

E	区分	退職手当等の支払を受けることとなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額 市町村民税(円) 道府県民税(円)	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 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額(特別徴収額)又はその写しをこの申告書に添付してください。

源泉徴収票貼付欄

(添付書類)

本人確認書類貼付用用紙

機構受付日付印

985

990

通知カード

(福祉医療機構用)個人番号カード又は番号通知カード等の「個人番号」欄に貼付してください

住所 ○○県■■市△△町◇丁目○番地
▽▽号

平成 5年 3月31日生 性別 女 □□市民
発行 平成27年10月XX日 1234567890

氏名		生
本籍		
住所		
交付	平成 年 06月 01日	12345
免許の 条件等	中型車は中型車(8t)に限る	優良
番号	第 123456789000 号	
二対	平成05年07月01日	運転免許証
種	平成07年08月10日	
二種	平成14年09月20日	
		〇〇〇〇〇 公安委員会