

# 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	333	カミヤ マチコ	372	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	3	0	1	2	1	2	03	2222	1111
	郵便番号	住所	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	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。												
	1 2 3 4 5 6 7	510	福祉 銀行・信用組合 新橋 本店・支所 信用金庫・農業協同組合 虎ノ門 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	口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)												
577	0 9 8 7 6 5 4	583	普通	カミヤ	マチコ	あなた以外の預金口座には送金できません									

<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 退職所得申告書 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	個人番号	1234 5678 9101
法人番号	8 0 1 0 4 0 5 0 0 3 6 8 8	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になった年月日	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、源泉徴収票を貼付してください。

### 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

#### 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