

令和 年 月 日

退職手当金送金通知書及び退職所得の 源泉徴収票の再発行依頼について

独立行政法人福祉医療機構
共済部 退職給付課 御中

退職手当金送金通知書及び退職所得の源泉徴収票の再発行をお願いいたします。

1. 退職者(請求者)氏名

氏名： _____

2. 生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日

3. 退職年月日

平成・令和 年 月 日

4. 元の勤務先(法人名・施設名)

5. 現住所

(〒 _____)

6. 連絡先(TEL)

(自宅・携帯： _____)

<添付書類>

・身分証明書(写)：個人番号カード、運転免許証、パスポート、健康保険証など

<送付先>

〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9階
独立行政法人福祉医療機構 共済部退職給付課 給付第二係
(TEL 0570-050-294)