

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

現在の氏名： \_\_\_\_\_

変更前の氏名： \_\_\_\_\_

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)：氏名変更の履歴が確認できる運転免許証の表裏(写)、住民票、戸籍抄本など

<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)