

令和 ○ 年 × 月 △ 日

退職手当金支給決定額の証明依頼について

独立行政法人福祉医療機構
共済部 退職給付課 御中

下記の退職者にかかる支給決定額の証明をお願いいたします。

施設番号	職員番号	職員氏名	退職年月日
001	00001	神谷 太郎	平成・令和 31 年 3 月 31 日
002	00002	神谷 町美	平成・令和 2 年 3 月 31 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日

共済契約者番号 (111111)

共済契約者名

社会福祉法人 わむ

住 所

〒222 - 2222

東京都港区虎ノ門△一△一△

担当者名 日比谷 次郎

連絡先 TEL 03 - 9999 - 9999

※ 証明依頼理由

1. 支給決定状況報告の紛失 2. 1以外 ()