

846	機構受付日付印
0	
977	983

退職手当金請求書(1枚目)

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

【注意】 ※ 本請求書と一緒に合算制度利用申出書は提出しないでください。

- 1 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合は、退職手当金を支給しないことがあります。
- 2 太ワクの中は必ず記載してください。
- 3 本紙には、必須の添付書類があります。貼付用紙(台紙)が定められており、2枚目～4枚目にあります。請求書全体は複数枚になりますので、ホッチキス(3点留め)で綴ってください。
- 4 記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。
- 5 振込先金融機関欄のすべてが未記入の場合は、本請求書は無効とします。

(作成日 年 月 日)

退職年月日	元号	年	月	日	退職理由	簡潔に記載してください(例:自己都合(結婚、転職など)による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇など)
退職した勤務先	法人名か施設名のいずれかを記入してください					
請求者	312 請求者区分(続柄)	フリガナ	313 333	332 372 373 379	生年月日	379 連絡先電話番号(携帯も可)
1	退職者本人	氏名		2	大正	年 月 日
2	相続人()			3	昭和	
3	遺族()			4	平成	
	郵便番号	住所	403	5	令和	
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。	539 540	銀行・信用組合	569 本店・支所
	570 573 574 576	510			信用金庫・農業協同組合	支店・出張所
	口座番号	預金種目	口座名義	請求者本人名義の金融機関口座としてください		
	377 383	普通 585		605		

注. 請求者欄の、2の相続人は「職員が退職後、退職手当金を受取る前に死亡した場合」です。3の遺族は「職員が死亡により退職した場合」です。
 <個人情報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。

◎ 本紙は、原則として、退職した勤務先に提出してください。個人番号が記載されている添付書類には、「目隠しシール」を貼ってください。(シールは元の勤務先又は福祉医療機構に申し出てください。)

年 月 日	芝 税務署長 市町村長 殿	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	あなた 氏名 615 634	
名称 (氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所 〒 -	
法人番号	8010405003688	個人番号	別添の個人番号確認書類のとおり
		その年1月1日現在の住所	655 754

【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、死亡退職による遺族請求を除き、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	年 月 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 年 月 日 年
② 退職の区分等	一般 () 生活扶助 の 有・無		至 年 月 日

注意→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 年	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日 年
	至 年 月 日		至 年 月 日

注意→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 年	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		至 年 月 日

注意→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(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	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
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	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日 年
	至 年 月 日		至 年 月 日

注意→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たこととなった年月日	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)
B	:	:			:	一般	
C	:	:			:	一般	

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。

源泉徴収票はのりづけとし、源泉徴収票貼付欄

退職手当金請求書（2枚目）

貼付用紙 振込先金融機関の記載内容を福祉医療機構が確認するための書類
（提出は必須です）

- 振込先金融機関の記載内容を確認する必要があります。
通帳の「表紙（写し）」と「見開きページ（写し）」をこの用紙に貼って、福祉医療機構が確認できるようにしてください。
- 特に、金融機関の名称や支店名については、合併や支店の統廃合などによって変更していないかどうか、再確認してください。

（通帳の「表紙（写し）」と「見開きページ（写し）」を貼ってください）

退職手当金請求書（3枚目）

貼付用紙 個人番号（マイナンバー）を記載した者が請求者本人であることを
福祉医療機構が確認するための書類
（提出は必須です）

- 請求書の1枚目に記載された個人番号については、法令等で本人確認が必要となっています。
- 次のいずれかの書類（下記表の5つのパターンのいずれか：「番号を確認する書類」と「本人であることを確認する書類」）をこの用紙に貼って、福祉医療機構が確認できるようにしてください。

パターン	「個人番号を確認する書類」(写し)	「本人であることを確認する書類」(写し)
1	個人番号カード（マイナンバーがある面）	個人番号カード（顔写真のある面）
2	番号通知カード	運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか1種類が必要です。
3	番号通知カード	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないもので、本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、2種類が必要です（選んでください）。
4	個人番号が記載された住民票	運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか1種類が必要です。
5	個人番号が記載された住民票	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないものの本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、2種類が必要です（選んでください）。

（書類は重ねて貼ってください）

- 1 「個人番号を確認する書類（個人番号カードの写し又は番号通知カード）」の写しを貼ってください。
- 2 「本人であることを確認する書類」の写しを貼ってください。

※ 住民票の写し、旅券（パスポート）の写し、年金手帳の写しなど、この用紙に貼りきれないものは、貼らないで提出してください。

退職手当金請求書（4枚目）

貼付用紙 勤務していた法人・施設が届出している氏名が変更していることを
福祉医療機構が確認するための書類
（氏名が変更している場合のみ、提出してください）

- 氏名が変更していることを確認する必要があります
- 運転免許証（表裏）、戸籍抄本、旧姓と新姓が確認できる住民票などの写しをこの用紙に貼って、確認できるようにしてください。

（氏名が変更していることを確認する書類の写しを貼ってください）

※ この用紙に貼りきれないものは、貼らないで（ホッチキス止め）提出してください。