

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

(西暦) 年 月 日

被共済職員退職届兼退職手当支払資金請求書

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体の名称
代表者職氏名



次の職員が退職しましたので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済約款の規定により届出並びに退職手当支払資金を請求します。

施設コード	
施設 の 名 称	施設 所 在 地
施設長氏名及び連絡先	
氏名 _____	
電話 () ()	
FAX () ()	
E-mail :	

振込先金融機関	銀行コード	銀行等名	銀行・信用金庫・信用組合 農協・労働金庫 (○で囲んでください)
	支店コード	本支店名	本店・支店・出張所・その他 () (○で囲んでください)
	預金種別【普通・当座】 (○で囲んでください。)	口座名義人 (カタカナ)	
	口座番号	(漢字)	

職員コード	被共済職員氏名	生 年 月 日 (西暦)
		年 月 日

加 入 年 月 日 (西暦)	退 職 年 月 日 (西暦)	支払資金の種類	(独) 福祉医療機構
年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 年金 <input type="checkbox"/> 2 一時金	<input type="checkbox"/> 1 加入 <input type="checkbox"/> 2 未加入

退職区分	生活扶助	退職理由	被共済職員住所
一般 障害 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	有 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 定 年 4 死 亡 <input type="checkbox"/> 2 施設都合 5 その他 <input type="checkbox"/> 3 自己都合	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>

被共済職員が死亡退職の場合 (遺族のみ記入)	遺 族 氏 名	死亡等を証する添付書類
		1 死亡診断書又は死亡を証する書類 (写し) 2 戸籍謄本又は抄本 3 遺産の受取可能なことを証する書類 (写し)

この個人情報は、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します。