様式６（第 10 条及び第 26 条関係）

記入例

※退職が確定した場合は、必ず本書をご提出ください。

加入期間１年未満の方もご提出が必要です。

（西暦）〇〇〇〇年　〇月　〇日

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　社会福祉法人　うつのみや福祉会
代表者職氏名　　理事長　共 済　太 郎　印

次の加入者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　９５０

施 設 の 名 称	施 設 所 在 地	施設長氏名及び連絡先
うつのみや苑	〒３２０-〇〇〇〇 宇都宮市中央〇-△	氏名　宇 都 宮　一 郎 電 話　０２８（〇〇〇）〇〇〇〇 FAX　０２８（〇〇〇）ＸＸＸＸ E-mail：　XXXXXXXXX

※施設会計の口座を記入

振込先金融機関

銀行コード　９８７６
銀行等名　共　済
（銀行）・信用金庫・信用組合
農協・労働金庫（〇で囲んでください）

支店コード　５４３
本支店名　宇 都 宮
本店・（支店）・出張所・その他（　　）
（〇で囲んでください。）

預金種別【 普通・ 当座 】
（〇で囲んでください。）

口座番号　１２３４５６７

口座名義人（カタカナ）
フク）ウツノミヤフクシカイ　ウツノミヤエン　リジチョウ　キョウサ

（漢字）
社会福祉法人うつのみや福祉会 うつのみや苑 理事長 共済太郎

契約証書等で確認の上記入

職員コード	加 入 者 氏 名		生 年 月 日（西暦）
３８２	西 川 田　次 郎	西川田	年 月 日 １９８４０９１０

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 ２０１００４０１	年 月 日 ２０２５０３３１	２　１ 年 金 ２ 一時金	１　１ 加 入 ２ 未加入

退 職 区 分	生 活 扶 助	退 職 理 由	加入者住所
一般 ✔　障害	有　無 ✔	３　１ 定 年　４ 死 亡 ２ 施設都合　５ その他 ３ 自己都合	〒３２０-〇〇〇〇 宇都宮市若草〇〇 〇〇コーポ 201

集合住宅名・部屋番号も記入

加入者が死亡退職の場合（遺族のみ記入）	遺 族 氏 名	印	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）

死亡による退職の場合、記入・押印

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。