

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

(西暦) 年 月 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
代表者職氏名



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									
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)	<input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																											
座番号		(漢字)																																											

職員コード		加入者氏名		生 年 月 日 (西暦)	
			印	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		加入者	〒
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		住所	〒
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)	