

◎「被共済職員退職届」は、共済契約者様の控えとして写しをお手元に残してください。
 ◎ 給与台帳等の確認書類の提出を依頼することがあります(事前添付可)。

業務委託先受付日付印			機構受付日付印		
756	761	763	768		

(約款様式第7号)
被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 年 月 日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

職員番号										退職者氏名 (氏名全部をカナ及び漢字で記入してください)										退職理由(該当する番号を○で囲んでください)									
10										カタカナ										149									
										漢字										① … 普通退職 (結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき)									
										変更前の氏名										② … 普通退職 (平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき)									
(変更している場合のみ記入)										漢字 (旧姓)										③ … 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職									
										(年 月 日変更)										④ … 犯罪等による退職									
																				[退職理由により添付書類が必要な場合があります。]									
生 年 月 日										退 職 年 月 日										退職した月以前6か月の本俸月額									
135										141 143 148										(ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)									
1 明 治										日 平成 年 月 日										年 月 俸 給 表 の 額									
2 大 正																				(平成(年) (月))									
3 昭 和																				199 202 203 209 211 216									
4 平 成																				218 221 222 228 230 235									
退職月の直前の4月から退職月までの期間において										育児休業の申請があったもの										237 240 241 247 249 254									
業務に従事した日数が10日以下の月										176 1 新規 2 変更 3 再取得										256 259 260 266 268 273									
(被共済職員期間とならない月)										出産日 178 年 月 183日										275 278 279 285 287 292									
業務上の傷病による休業期間(現認証明書の添付が必要)										育児休業開始日 185 190										294 297 298 304 306 311									
月 名 計										育児休業終了日 192 197										299 300 301 302 303 304									
150 161 月										パパ・ママ育休プラス 975 有・無										305 306 307 308 309 310									
										半年延長の理由(※1) 976 1 2										311 312 313 314 315 316									
共済契約者番号										共済契約者										カード									
										氏名又は名称										1 2									
										住 所										7 9									
事務担当者氏名										連絡先										電話(市外局)(局)(番)									
(※1) 育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。 理由 1…保育所に入所を希望しているが、入所できない場合 2…子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合																													

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

記入しないでください

771 障害有無		773 受取済退職金額		780 徴収済税額		781 国 税		787 788 市町村民税		794 795 道府県民税		801 802 勤続年数		803 804 振込区分	
----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------------	--	---------------	--	--------------	--	--------------	--

807 請求者印	809 請求者訂正印	810 申告書印	811 契約者印	814 契約者訂正印	818 調整額名称有無	813 現認証明	812 添付書類	817 留保	820 確認
----------	------------	----------	----------	------------	-------------	----------	----------	--------	--------

(注)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。なお、次の理由に該当する場合は口の中にチェックを入れてください。その他の理由がある場合は欄外に記載してください。[口所在不明 口請求放棄 口一年未満]

退職手当金請求書・合算申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成		年		月		日	
----	--	---	--	---	--	---	--

【注意事項】

- 退職手当金請求または合算制度の利用はこの書類をもって行います。
- 退職手当金の支給はこの届出書類が機構に到着してから概ね2ヵ月で行われますが、請求が集中する時期は更に時間を要することがあります。

【支給制限】

- 自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職したときは、退職手当金が支給されることがあります。
- 虚偽の記載があった場合は、退職手当金が支給されることがあります。

機構受付日付印

977

983

846 いずれかを選択してください

退職手当金を請求します。なお、請求する私は反社会的勢力ではなく、また、反社会的勢力への関与はありません。

私は、上記注意事項等を理解した上で、

合算制度を利用します

※合算制度を利用する場合は「請求者(利用者)」欄以外の記入の必要はありません。

請求者(利用者)	312 請求者区分(続柄)	フリガナ	313	生 年 月 日				372 373 374 375 376 377 378 379 連絡先電話番号				
	1 退職者本人	氏名	333	1	明治	年	月	日	市外局 局 番号			
	2 相続人()			2	大正							
	3 遺族()			3	昭和							
	郵便番号	住所	403	4	平成				502			
	〒		396 398 399 402									

振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。

510	銀行・信用組合	539 540	本店・支所	569
	信用金庫・農業協同組合		支店・出張所	

口座番号(右詰めで記入してください)	預金種目	口座名義(左詰めでカタカナで記入してください)	あなた以外の預金口座には送金できません
577	普通	585	605

<個人情報の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。

平成	年	月	日
芝			

平成

年分

退職所得の受給に関する申告書 退職所得申告書

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	あなたの 氏名	615	654	
	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		
				その年1月1日現在の住所		655

【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、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	至	年	月	日
	② 退職の区分等	一般	生活扶助	障害	の	有・無								

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

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	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
---	---	---	---	---	---	--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	至	年	月	日
	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

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)
					市町村民税(円)	道府県民税(円)			
	B	:	:					一般	
C	:	:						一般	

のりづけとし、ホッチキスでとめないでください
源泉徴収票貼付欄

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。

本人確認書類貼付用紙

個人番号カードの写し又は番号通知カードの写しを貼付して下さい

顔写真付きの身分証明書等身分確認書類を貼付して下さい