

共済会受付印

共済会退職届・退職給付金請求書

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

次のとおり退職金を請求いたします。

(平成 25 年 4 月 1 日以降加入者は、振込先欄は記入不要)

請求者	区分	フリガナ							連絡先電話番号						
	1. 本人 2. 相続人 3. 遺族	氏名	⑩						市外局	局	番号				
		住所 (送金通知先)							郵便番号						
振込先	振込先金融機関名を記入の上、○で囲んでください						本店			口座名義					
	銀行・信用組合						支店								
	信用金庫・農業協同組合						出張所								
金融機関コード						店番号				普通預金 口座番号					

※請求者欄の 2 相続人・3 遺族の場合は、これを証する書類を添付して下さい。

退 会 者	会員番号	フリガナ					性別	生年月日			
		氏名					男 女	年 月 日			
	氏名変更届	変更前氏名					変更年月日	年 月 日			
	退会時 事業所番号		事業所名				退職前 6 ヶ月の本俸及び調整額 (平成 25 年 3 月 31 日までの退職で、退職日が月末の場合、その月を含む 6 ヶ月。退職日が月末でない場合、その前月より 6 ヶ月) *平成 25 年 4 月 1 日以降加入者は、記入不要 年 月 円				
	退会理由				摘 要						
	加入年月日	年 月 日									
	退会年月日	年 月 日									
	掛金等を納付しなかった 休職期間		年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日						
		計 年 ヶ月									
共 済 契 約 者 (事 業 主)	住所 (所在地)					印					
	法人名 理事長名										
	電話番号	- -									
		総額									
		平均額 ☆									

*お知らせいただいた個人情報は、その利用目的の範囲でのみ利用します。

☆平均額の円未満は切り上げ