（様式第1号）

年 金 ・ 一 時 金 請 求 書

記入日　　年　　月　　日

一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会　会長　様

下記の通り退職金を請求します。

受付番号(共済会使用欄)

受給方法（選択）	□ 退職一時金　□ 退職年金

「退職年金」を請求する際は、別途書類が必要です。
共済会までご連絡ください。

会員番号					会員名及び代表者名		法人代表印
施設番号			施設名				

被共済職員番号								退職者氏名	ｶﾅ 漢字 （生年月日：　　年　　月　　日）	退職者押印欄 ㊞

就職日（西暦）	退職日（西暦）	旧姓（異動訂正届を提出していない場合）
年　　月　　日	年　　月　　日	ｶﾅ 漢字

※ 死亡退職時のみ記入・押印してください

請求権者	遺族氏名	遺族押印欄	続柄
	ｶﾅ 漢字	㊞	

振込先情報	□ 銀　行　□ 信用組合　□ 信用金庫　□ 協同組合　□ 本　店　□ 支　店　□ 支　所　□ 出張所				
	金融機関コード	支店コード	預金種目（選択）	口座番号（右詰めで記入してください）	口座名義（上：ﾌﾘｶﾞﾅ・下：漢字）
			□ 普 通 □ 当 座		

退職者住所（本人宛通知発送先）	〒

問合せ先	担当者	電話	FAX

【 個人情報の取り扱いに関する注意事項 】退職者に関わる個人情報は、退職年金事業及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

【 源泉徴収票添付の同意確認 】共済会が代行作成する退職所得源泉徴収票を、福祉医療機構退職金請求書類へ添付を行うことに同意しない場合のみチェック→ □

＊ 共済会使用欄

職-出資	本俸	貸付	源泉加算	返送

登録年月日