記入日：　　　　年　　月　　日

退職一時金等に関する情報開示依頼書

　以下の通り、退職一時金に関する情報開示を依頼します。

（１）法人事務担当者から依頼の場合・・・原則FAXでの回答となります

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① FAX送信前の事前連絡  （該当項目に○） | 必　要　・　不　要 | | | | | |
| ② 会員番号（4桁） |  | |  |  |  | |
| ③ 法人名（施設名） |  | | | | | | | |
| ④ 事務担当者名 |  | | | | | | | |
| ⑤ 電話番号 / FAX番号 | TEL: |  | | | | FAX: | |  |

＊ 対象者情報・・・3名以上の場合は、コピーしてお使いいただくか別紙にてお送りください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被共済職員番号 | | | | | | | 対象者氏名 | 試算基準日 | 貸付有無  (該当に○） | 開示事項 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　 月 　　日 | 有 ・ 無 | □ 退職一時金の額  □ 退職年金の額  □ その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　 月 　　日 | 有 ・ 無 | □ 退職一時金の額  □ 退職年金の額  □ その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　 月 　　日 | 有 ・ 無 | □ 退職一時金の額  □ 退職年金の額  □ その他 |

（２）被共済職員本人から依頼の場合・・・記載住所宛に郵送での回答となります

|  |  |
| --- | --- |
| ① 被共済職員番号  ＊ｿｳｪﾙｸﾗﾌﾞｶｰﾄﾞ番号でも可 |  |
| ② 依頼者氏名 |  |
| ③ 生年月日 | **年　　　　月　　　　日** |
| ④ 勤務先法人・施設 |  |
| ⑤ 試算基準日(退職予定日) | **年　　　　月　　　　日** |
| ⑥ 依頼者住所 | 〒　　　　- |
| ⑦ 依頼者電話番号 |  |
| ⑧ 開示依頼事項  （該当項目に✓） | □ 退職一時金の額　　□ 退職年金の額　　□ 支給(予定)日  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（３）連絡先・FAX送信先

一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会　担当：共済課

TEL:011-251-3828 / FAX:011-251-3848