

## 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	<input type="checkbox"/> 退職一時金の額 <input type="checkbox"/> 退職年金の額 <input type="checkbox"/> その他		
年 月 日	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 退職一時金の額 <input type="checkbox"/> 退職年金の額 <input type="checkbox"/> その他		
年 月 日	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 退職一時金の額 <input type="checkbox"/> 退職年金の額 <input type="checkbox"/> 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 <small>*ソウェルクラブカード番号でも可</small>				
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✓)	<input type="checkbox"/> 退職一時金の額 <input type="checkbox"/> 退職年金の額 <input type="checkbox"/> 支給(予定)日 <input type="checkbox"/> 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