

# 退職一時金請求権行使書

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

「年金・一時金請求書（様式第1号）」による退職一時金請求ができないため、退職年金規程（以下「規程」という）により、下記の通り請求権利を行使します。

請求権行使者	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	
対象者	被共済職員番号					退職者氏名	か
							漢字
							(退職日: 年 月 日)

### 【請求内容選択欄（下記1~4のいずれかを選択してください）】

- 1. 下記被共済職員の退職一時金の資金を、規程第25条により請求すること（法人・施設口座への送金）
- 2. // 資金を、規程第25条により請求すること（本人口座への送金）
- 3. // 資金請求権を、規程第31条により放棄すること
- 4. // 資金請求権を、規程第32条により5年間保全すること

選択理由	※上記の選択理由及び本人印が取得できない理由をご記入ください。
------	---------------------------------

### 【注意事項】

- ・「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」のコピーを必ず添付ください。
- ・選択欄で“1”を選んだ場合、原則として施設毎に登録されている出資金・掛金引落し口座への送金となります。

## 代理送金業務委託書（上記行使書で“2”を選択した場合のみ使用）

上記「退職一時金請求権行使書」により、対象被共済職員への退職一時金の送金及び支払い通知業務を共済会に委託します。なお、本委託により提供する当該被共済職員の個人情報、本委託業務以外の目的では使用しないことを求めます。

振込先情報	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 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:フリガナ・下:漢字)	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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		

### 【注意事項】

- ・「退職一時金請求権行使書」の提出がない場合は、本業務委託書は無効となります。
- ・本業務委託書に基づいて送金可能な口座は、退職者本人口座のみとなります。

\* 共済会使用欄

源泉加算	確認通知	送付先	確認

受付番号

登録年月日