

共 済 会 使 用 欄

理事長	事務局長	係

共済会退職届・退職給付金請求書

年 月 日

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 日以降の加入者は振込先欄記入不要)

共済会受付印

請求者	区 分	フリガナ							連絡先電話番号
	1. 本人	氏 名	Ⓧ						— —
	2. 相続人 3. 遺族	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							口座名義 (カナ)	
	銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合								
	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ください。

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	*平成 25 年 3 月 31 日以前の退職者のみ記入	
	退会理由	摘 要		退職前 6 ヶ月の本俸及び調整額 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 年 月 円
	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 月 日	年 月 日	
共 済 契 約 者 (事 業 主)	住所 (所在地)			
	法人名			
	代表者名	Ⓧ		
	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