

- ◎「被共済職員退職届」は、共済契約者様の控えとして写しをお手元に残してください。
 ◎ 給与台帳等の確認書類の提出を依頼することができます(事前添付可)。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
756	761 763 768

(約款様式第7号)
被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長様

平成 年 月 日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

職員番号	退職者氏名 (氏名全部をカナ及び漢字で記入してください)		149 退職理由(該当する番号を○で囲んでください)	
10	14	カタカナ 15 34	① 普通退職 (結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき)	
		漢字 35 74	② 普通退職 (平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき)	
		カタカナ 75 94	③ 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職	
		漢字(旧姓) 95 134	④ 犯罪等による退職	
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)		(年 月 日変更)		
生年月日		141	143 退職年月日 148	
135	1 明治 年 月 日	平成 年 月 日		
2 大正				
3 昭和				
4 平成				
退職月の直前の4月から退職月までの期間において				
業務に従事した日数が10日以下の月 (被共済職員期間とならない月)	業務上の傷病による休業期間 (現認証明書の添付が必要)	育児休業の申請があったもの		
		176 1 新規	2 変更	3 再取得
		出産日 178 年 月 日	183日	
		育児休業 開始日 185		190
		育児休業 終了日 192		197
		パパ・ママ育休プラス 975	有	無
		半年延長の理由(※1) 975	1	2
		824 1 新規	2 変更	3 再取得
		出産日 826 年 月 日	831日	
		育児休業 開始日 833		838
育児休業 終了日 840		845		
パパ・ママ育休プラス 976	有	無		
半年延長の理由(※1) 976	1	2		
共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称 住 所		カード 1 2 印 7 9
事務担当者氏名		連絡先	電話(市外局) () () () () () () ()	

(※1) 半年延長の理由	育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。 1…保育所に入所を希望しているが、入所できない場合 2…子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合
-----------------	--

記入しないでください	771 障害有無	773 受取済退職金額	780	781 国税	787	788 市町村民税	794	795 道府県民税	801	802 勤続年数	803	804 振込区分
	請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認		
	807	809	810	811	814	818	813	812	817	820		

(注)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。なお、次の理由に該当する場合は□の中にチェックを入れてください。その他の理由がある場合は欄外に記載してください。[□所在不明 □請求放棄 □一年未満]

退職手当金請求書・合算申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 年 月 日

846 いずれかを選択してください

私は、上記注意事項等を理解した上で、
退職手当金を請求します。なお、請求する私は反社会的勢力ではなく、また、反社会的勢力への関与はありません。

合算制度を利用します

※合算制度を利用する場合は「請求者(利用者)」欄以外の記入の必要はありません。

977

983

個人情報の取扱いに関する注意事項 請求者又は退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

平成 年 月 日		平成 年分 退職所得の受給に関する申告書	
年 芝 税務署長 市町村長 殿		退職所得申告書	
退職手当の支払者の 印	所在地 (住所)	〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号	615 氏名
	名 称 (氏名)	独立行政法人福祉医療機構	654 印 現住所
	法人番号	8 0 1 0 4 0 5 0 0 3 6 8 8	個人番号
			655 その年1月1日 現在の住所

【個人番号の取得目的】あなたの個人番号は税務手続きに利用します。

このA欄には、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)												
A	① 退職手当等の支払を受けることになった年月日		年	月	日	③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	年			
	② 一般 退職の区分等	障害	生活 扶助			の 有 ・ 無						
B	あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。											
	④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間		自 年 月 日	至 年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間			自 年 月 日	至 年 月 日	年		
C	あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。											
	⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)の退職手当等についての勤続期間		自 年 月 日	至 年 月 日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間			自 年 月 日	至 年 月 日	年		
D	A又はBの退職手当等についての勤続期間のうちに、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。											
	⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③に通算された前の退職手当等についての勤続期間)		自 年 月 日	至 年 月 日	年	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	年			
	⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④に通算された前の退職手当等についての勤続期間)		自 年 月 日	至 年 月 日	年	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日	至 年 月 日	年			
E	B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。											
	区分	退職手当等の支払を受けることとなった年月日	収入金額		源泉徴収額	特別徴収税額		支払いを受けた年月日	退職の区分	支 払 者 の 所 在 地 (住所)・名称(氏名)		
						市町村民税(円)	道府県民税(円)					
B	：	：					：	：	一般			
C	：	：					：	：	障害			

注意 1 この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

2 B) 他の退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

本人確認書類貼付用用紙

機構受付日付印

985

990

個人番号カードの写し又は番号通知カードの写しを貼付して下さい

顔写真付きの身分証明書等身分確認書類を貼付して下さい