

提出日 年 月 日

一般財団法人 愛知県民間社会福祉事業職員共済会理事長殿

次の通り会員が退会しましたので退職給付金を請求します。
 なお、退職給付金は下記受取者口座にお支払いください。

事業主名 又は 事業所名	
所在地	(電話番号) — —
代表者名	(印)

事業所番号	会員番号

会 員 氏 名	性別	生 年 月 日			入 会 年 月 日			退 会 年 月 日			退会理由	給付の有無 (注1)
		年号	年	月	日	年号	年	月	日	年号		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			令			<input type="checkbox"/> 普通退職 <input type="checkbox"/> 事業主の解散 <input type="checkbox"/> 懲戒免職 <input type="checkbox"/> 業務上の傷病 <input type="checkbox"/> 脱会 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 業務上の死亡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注1) 給付の有無:有の場合、受取者以下も記入してください。

■請求欄

受取者	氏名 (フリガナ)	受取者区分		性別	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 1:退職者本人 <input type="checkbox"/> 2:相続人 <input type="checkbox"/> 3:遺族	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							

(注2)

振込先(受取)金融機関	金融機関名 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	支店名 (フリガナ)	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号(右つめで記入) <input type="checkbox"/> 当座	口座名義人 (フリガナ)	(注2) 2:相続人:退職後に亡くなられた場合 3:遺族:在職中に亡くなられた場合

退職日の属する年の1月1日の住所(注3)	郵便番号	(フリガナ)

(注3) 上記と同じ場合「同上」と記入

■実会員期間が20年以上の場合は、下記退職給付金請求区分にご記入ください。

一時金選択割合(注4)	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100%以外	(注4) 実会員期間が20年以上かつ一時金選択割合100%以外の場合、年金選択割合以降も記入してください。	年金選択割合	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%(一時金50%) <input type="checkbox"/> 75%(一時金25%) <input type="checkbox"/> 25%(一時金75%)	年金支給年数	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年
-------------	--	---	--------	---	--------	---

提出日 年 月 日

一般財団法人 愛知県民間社会福祉事業職員共済会理事長殿

次の通り会員が退会しましたので退職給付金を請求します。

なお、退職給付金は下記受取者口座にお支払いください。

事業主名 又は 事業所名	
所在地	(電話番号) — —
代表者名	(印)

事業所番号	会員番号	契約番号	基加区分	届書番号
		3 9 0 2 1 2		3 1 1 0

会 員 氏 名	性別	生 年 月 日	入 会 年 月 日	退 会 年 月 日	退 会 理 由	給 付 の 有 無 (注1)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	令	<input type="checkbox"/> 普通退職 <input type="checkbox"/> 事業主の解散 <input type="checkbox"/> 懲戒免職 <input type="checkbox"/> 業務上の傷病 <input type="checkbox"/> 脱会 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 業務上の死亡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注1) 給付の有無:有の場合、受取者以下も記入してください。

■請求欄

受取者	氏名 (フリガナ)	受取者区分	<input type="checkbox"/> 1:退職者本人 <input type="checkbox"/> 2:相続人 <input type="checkbox"/> 3:遺族	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所 (フリガナ)	郵便番号									

振込先(受取)金融機関	金融機関名 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫	支店名 (フリガナ)	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右つめで記入)	口座名義人 (フリガナ)	

(注2) 2: 相続人: 退職後に亡くなられた場合
3: 遺族 : 在職中に亡くなられた場合

退職日の属する年の1月1日の住所(注3)	郵便番号	(フリガナ)

(注3) 上記と同じ場合「同上」と記入

■実会員期間が20年以上の場合は、下記退職給付金請求区分にご記入ください。

一時金選択割合(注4)	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100%以外	(注4) 実会員期間が20年以上かつ一時金選択割合100%以外の場合、年金選択割合以降も記入してください。	年金選択割合	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75%(一時金25%)	<input type="checkbox"/> 50%(一時金50%) <input type="checkbox"/> 25%(一時金75%)	年金支給年数	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年
-------------	--	---	--------	---	--	--------	---

提出日 年 月 日

一般財団法人 愛知県民間社会福祉事業職員共済会理事長殿

次の通り会員が退会しましたので退職給付金を請求します。

なお、退職給付金は下記受取者口座にお支払いください。

事業主名 又は 事業所名	
所在地	(電話番号) — —
代表者名	

事業所番号	会員番号	契約番号	基加区分	届書番号
		390212		3110

会員氏名	性別	生年月日	入会年月日	退会年月日	退会理由	給付の有無 (注1)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	令	<input type="checkbox"/> 普通退職 <input type="checkbox"/> 事業主の解散 <input type="checkbox"/> 懲戒免職 <input type="checkbox"/> 業務上の傷病 <input type="checkbox"/> 脱会 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 業務上の死亡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注1) 給付の有無:有の場合、受取者以下も記入してください。

■請求欄

受取者	氏名	(フリガナ)	受取者区分	<input type="checkbox"/> 1:退職者本人 <input type="checkbox"/> 2:相続人 <input type="checkbox"/> 3:遺族	(注2)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	郵便番号	(フリガナ)										

振込先(受取)金融機関	金融機関名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫	支店名	(フリガナ)	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右つめで記入)	口座名義人	(フリガナ)	(注2) 2:相続人:退職後に亡くなられた場合 3:遺族:在職中に亡くなられた場合	

退職日の属する年の1月1日の住所(注3)	郵便番号	(フリガナ)

(注3) 上記と同じ場合「同上」と記入

■実会員期間が20年以上の場合は、下記退職給付金請求区分にご記入ください。

一時金選択割合(注4)	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100%以外	(注4) 実会員期間が20年以上かつ一時金選択割合100%以外の場合、年金選択割合以降も記入してください。	年金選択割合	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75%(一時金25%)	<input type="checkbox"/> 50%(一時金50%) <input type="checkbox"/> 25%(一時金75%)	年金支給年数	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年
-------------	--	---	--------	---	--	--------	---

提出日 年 月 日

一般財団法人 愛知県民間社会福祉事業職員共済会理事長殿

次の通り会員が退会しましたので退職給付金を請求します。

なお、退職給付金は下記受取者口座にお支払いください。

事業主名 又は 事業所名	
所在地	(電話番号) — —
代表者名	(印)

事業所番号	会員番号

会 員 氏 名	性別	生 年 月 日			入 会 年 月 日			退 会 年 月 日			退会理由	給付の有無 (注1)
		年号	年	月	日	年号	年	月	日	年号		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			令			<input type="checkbox"/> 普通退職 <input type="checkbox"/> 事業主の解散 <input type="checkbox"/> 懲戒免職 <input type="checkbox"/> 業務上の傷病 <input type="checkbox"/> 脱会 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 業務上の死亡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注1) 給付の有無:有の場合、受取者以下も記入してください。

■請求欄

受取者	氏名 (フリガナ)	受取者区分		性別	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 1:退職者本人 <input type="checkbox"/> 2:相続人 <input type="checkbox"/> 3:遺族	(注2)							
	郵便番号									

振込先(受取)金融機関	金融機関名 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	支店名 (フリガナ)	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号(右つめで記入) <input type="checkbox"/> 当座	口座名義人 (フリガナ)	(注2) 2:相続人:退職後に亡くなられた場合 3:遺族:在職中に亡くなられた場合

退職日の属する年の1月1日の住所(注3)	郵便番号	(フリガナ)

(注3) 上記と同じ場合「同上」と記入

■実会員期間が20年以上の場合は、下記退職給付金請求区分にご記入ください。

一時金選択割合(注4)	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100%以外	(注4) 実会員期間が20年以上かつ一時金選択割合100%以外の場合、年金選択割合以降も記入してください。	年金選択割合	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%(一時金50%) <input type="checkbox"/> 75%(一時金25%) <input type="checkbox"/> 25%(一時金75%)	年金支給年数	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年
-------------	--	---	--------	---	--------	---