



御中

下記の通り被共済者が退職(死亡)いたしましたので、通知いたします。特定退職金共済規程で定めるところにより、下記受取人(被共済者または遺族)に給付金をお支払いください。

共済団体記入欄	コード	締切算入日		
	J B 0	0 1		
共済団体記入欄	顧客番号	制度番号	入金番号	事業所番号
		3 0 1		

保険料送金通知書の払込期日をご記入ください。

(注)ご死亡の場合は、下記書類の添付が必要となります。  
①被共済者の抹消戸籍謄本または抄本・死亡診断書  
②遺族受取人であることを証する書面(抹消戸籍謄本に記載されている場合は不要です)

共済契約者(事業所)	提出日	平成 年 月 日
	事業所所在地	〒 TEL ( ) ( )
	事業所名	
	代表者名	

共済団体用 ※共済契約書印(第1、2枚目)に押印していただき、保険料送金通知書の提出印と捺印

事業所記入欄	被共済者番号	被共済者氏名	生年月日	現在加入口数	退職・死亡日	事由	備考	被共済者記入欄
		カタ カナ	年 月 日	口	年 月 日	001 退職 002 死亡		退職給付金の受取について ⑤ 留保します ただし、留保期間2年間を すぎる場合は通算できません。

受取人記入欄 (被共済者または遺族)	私(受取人)は、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報の取扱について給付金請求ついて1)の記載内容に同意のうえ、退職(遺族)給付金の請求をいたしますので、下記にご送金くもって受領したものと認めて、受領証は提出いたしません。		平成 年 月 日
	住所	TEL ( ) ( )	
	氏名 (預金者氏名)	カタ カナ	

障害者になったことが直接の原因で退職した場合のみ、障害に○をしてください。

の口座に限り。 (預金通帳等でご確認の上ご記入ください。) 払をご希望の方はお申し出ください。(別途必要書類をご提出いただけます。)

退職日をご記入ください

その年の1月1日に生活扶助(生活保護)を受けている場合は、有に○をしてください。受けていない場合は無に○をしてください。

あな	氏名	印	退職手当の支払を受けることとなった年月日	退職の区分等	一般 (状態・手帳交付年月日等)	その年の1月1日現在生活扶助の有無
な	個人番号		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		有 無
た	現住所		この申込書の提出先から受ける退職手当についての勤続期間			
の	その年の1月1日現在の住所					
退職手当支払者の	所在地(住所)	特定退職金共済団体)				
	名称(氏名)	特定退職金共済団体)				
	法人番号					

特定退職金共済制度加入日と退職日をご記入ください。加入年月日をご不明な場合は、当所までお問い合わせください。

加入期間をご記入ください