

折曲厳禁

退職一時金受給申請書

年 月 日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり、退職一時金の給付を申請します。

請 求 者	給付の種類 (該当する番号を記入)	事業所番号 (右づめで記入)	(共済契約者等) 施設等名	代表者名	電話番号	印
	<input type="checkbox"/> 1 退職一時金 <input type="checkbox"/> 2 選択退職一時金 <input type="checkbox"/> 3 遺族一時金		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

退 職 者	加入者番号 (右づめでご記入ください。) ← 事業所番号 →	貸付金 (該当する所にレ印を記入してください。)	退職事由 (該当する数字を記入してください。)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生活資金 <input type="checkbox"/> 住宅資金 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 <input type="checkbox"/> 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他
	フリガナ 加入者氏名	生年月日	(西暦) 年 月 日
	住所 (転居の場合は、転居後の住所)	加入年月日	(西暦) 年 月 日
〒			1 退職 2 脱退 3 死亡
		掛金の中断期間	(西暦) 年 月 日
		年 月	※添付書類確認欄 1. 謄本 2. 抄本 3. その他 ()
	※遺族・相続人請求の場合のみ受取人氏名 (住所は上段へ記入)		
	フリガナ	遺族氏名	続柄

※ 退職共済規程第17条第1項に基づく施設等(共済契約者等)の振込先金融機関をご記入ください。
 なお退職共済掛金口座振替の金融機関と同じ場合は記入不要です。

共 済 契 約 者 等 の 振 込 先 金 融 機 関	金融機関コード	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 ・農業協同組合 (○で囲んでください。)
	支店コード	支店名	
	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)	
	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

【注意事項】

1. には、黒ボールペン等で枠からはみ出さないように明りょうに記入してください。
2. のように濁点・半濁点は同じマス内に記入してください。
3. 給付金は、施設等(共済契約者等)の口座に振込みします。
4. 必要事項をご記入、押印のうえ施設保存用のコピーを取り、本紙を福利協会へ提出してください。

※福利協会使用欄	事務局長	事務局次長	事務局	主任	指定依頼書	内容	電算処理