

846	機構受付日付印
0	
977	983

退職手当金請求書(1枚目)

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

【注意】 ※ 本請求書と一緒に合算制度利用申出書は提出しないでください。

- 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合は、退職手当金を支給しないことがあります。
- 太ワクの中は必ず記載してください。
- 本紙には、必須の添付書類があります。貼付用紙(台紙)が定められており、2枚目～4枚目にあります。請求書全体は複数枚になりますので、ホッチキス(3点留め)で綴ってください。
- 記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。
- 振込先金融機関欄のすべてが未記入の場合は、本請求書は無効とします。

(作成日 年 月 日)

退職年月日	元号	年	月	日	退職理由	簡潔に記載してください(例: 自己都合(結婚、転職など)による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など)
退職した勤務先	法人名か施設名のいずれかを記入してください					
請求者	312 請求者区分(続柄)	フリガナ	313 333	332 372	373 生年月日	379 連絡先電話番号(携帯も可)
1	退職者本人	氏名			2 大正	市外局 局 番号
2	相続人()				3 昭和	
3	遺族()				4 平成	
	郵便番号	403			5 令和	
	〒	396 398 - 399 402				502
振込先金融機関	金融機関コード	店番号	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。		539 540	569 本店・支所
570	573 574 576	510	銀行・信用組合			支店・出張所
	口座番号	預金種目	口座名義		〔請求者本人名義の〕	
	(右詰めで記入してください)		(左詰めでカタカナで記入してください)		金融機関口座としてください	
	577	583	普通	585		605

注: 請求者欄の、2の相続人は「職員が退職後、退職手当金を受取る前に死亡した場合」です。3の遺族は「職員が死亡により退職した場合」です。
 <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。

年 月 日	芝 税務署長 市町村長 殿	年分	退職所得の受給に関する申告書	支払者受付印
退職手当の支払者の	所在地(住所)	〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号	氏名	あなた
	名称(氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所	〒 -
	法人番号	8010405003688	個人番号	別添の個人番号確認書類のとおり
			その年1月1日現在の住所	754

【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、死亡退職による遺族請求を除き、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たこと なった年月日	年 月 日
② 退職の区分等	一般 障害 () 生活扶助の有・無
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 年 至 年 月 日 年

注意→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。

B 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 年 至 年 月 日 年	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
--------------------------------	---------------------	--------------	---------------------

注意→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。

C 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 年 至 年 月 日 年	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 年 至 年 月 日 年
---	---------------------	--------------------------------	---------------------

注意→A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、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。

D ⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(⑥)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 年 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 年 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 年 至 年 月 日 年	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日 年 至 年 月 日 年

注意→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。

E 区分	退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額 市町村民税(円) 道府県民税(円)	支払いを受けた年月日	退職の区分 一般 障害 一般 障害	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
B	:	:			:		
C	:	:			:		

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。

源泉徴収票はのりづけとし、ホッチキスでとめないでください

◎ 本紙は、原則として、退職した勤務先に提出してください。◎ 個人番号が記載されている添付書類には「目隠しシール」を貼ってください。(シールは元の勤務先又は福祉医療機構に申し出てください)