

退職給付請求書（一時金用）

年 月 日

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

次のとおり退職給付を請求します。

施設登録番号

施 設 名

経 営 者 氏 名

印

受給権者

登録 職員	フリガナ		登録職員番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
			退 職 年 月 日	年 月 日
退 職 事 由	1 1 自己都合 2 1 定年 3 1 会社都合 4 1 死亡 その他（ ）			
フリガナ		遺族一時金受給権者と登録職員との続柄	配偶者 ・ 子 ・ 親 その他（ ）	
フリガナ				
受給権者住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		*遺族一時金請求の場合は遺族一時金受給権者住所	
その年の1月1日の住所	*上記受給権者住所と異なる場合のみ記入			遺族一時金請求の場合は記入不要
就 職 年 月 日	*就職年月日が退職共済事業加入日以前の場合のみ記入			
	年	月	日	

送金先施設口座

フリガナ		銀 信 信 労 農 用 用 働 行 金 組 金 庫 協 庫 合 庫 協		支 支 店 所
金融機関名				
口 座 種 別	1 普通 2 当座 9 その他（ ）	口 座 番 号		
フリガナ				
口 座 名 義				

※財団使用欄

給付凍結日				裁定決議書				選択 遺族
-------	--	--	--	-------	--	--	--	----------