（共済様式第8号）

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付　印 | 入　力　印 |
|  |  |

**退 　　職　 　届**

　記入日：令和　　年　　月　　日

一般社団法人宮城県民間社会福祉振興会理事長　様

　被共済職員が退職したのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済契約者  番　　　号 |  |  |  | 共済契約者名称  及び代表者名 |  | | 公　　印 |
|  |
| 共済契約者  所　在　地 | 〒 | | | | | |
| ＴＥＬ： | | | | | ＦＡＸ： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被共済職員番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被共済職員氏名（退職者） | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | | | | | | １．男  ２．女 | | １．昭  ２．平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 漢字 | | | | | |  | | | | | | | |
| 氏名変更【旧姓】 | | |  | | | | | |
| 施設番号 | | | | 施　設　名　称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 退職理由（カッコ内の具体的理由にも○印を付けて下さい。） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1．普通退職（自己都合・結婚・傷病・雇用期間満了・勤務形態変更）　2．定年退職  3．普通退職以外（業務上傷病・施設の休廃止・解雇・懲戒免職）  4．死亡退職　　5.　継続異動による第二種制度退職　　6．その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 加入年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 退職年月日 | | | | | | | | 掛金納入期間（加入期間） | | | | | | | |
| 昭和  平成  令和 | |  | | | | 年 | | | |  | | | | 月 | | | | |  | | | 日 | | | 令和 |  | | 年 |  | 月 |  | 日 | 平・令　　　年　　　月分まで納入  （　　　年　　　ヶ月） | | | | | | | |
| 第二種制度・加入年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第二種制度・掛金納入開始年度 | | | | | | | | 福祉医療機構加入の有無等 | | | | | | | |
| 平・令 | |  | | | 年 | | | |  | | | | 月 | | | |  | | | | 日 | | | | 平・令　　　　年度（基準日４月１日） | | | | | | | | 1．有　 2．無 3．継続異動　4．合算申出 | | | | | | | |
| 据置開始年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 据置期間 | | | | | | | | 備　　　　考 | | | | | | | |
| 平・令 | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | 月 | | | | |  | | | 日 | | 年　　　　ヶ月 | | | | | | | |  | | | | | | | |

**○退職理由「4．継続異動による第二種制度退職」の場合は下記にご記入下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第二種加入年月日 | | | | | | | | 第二種退職年月日 | | | | | | | 継続異動年月日（退職日の翌日） | | | | | | |
| 平・令 |  | 年 |  | 月 |  | | 日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 継続異動後の法人名（契約者名） | | | | | |  | | | | | | | 継続異動届提出状況 | | | | 提出済　・未提出 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 | ―　　　　　　　　― |

**（注意事項） ①**退職理由が「2．普通退職以外」と「3．死亡退職」の場合は、添付書類が必要となります。　**②**退職手当請求書（共済様式第12号）を添付のうえご提出願います。　**③**共済担当者名、連絡先電話番号は必ずご記入下さい。

**退　職　届　の　記　載　注　意　事　項**

**◆◆◆◆◆《共済様式第８号》◆◆◆◆◆**

1. 届出年月日を必ず記入して下さい。
2. 共済契約者欄記入について

①代表者印は印鑑登録されている理事長印を捺印して下さい。

②住所は郵便番号を必ず記載して下さい。

３）担当者名、連絡先電話番号は必ずご記入下さい。

４）被共済職員（退職者）に関する欄の記入について

①「被共済職員番号」（７桁）・「被共済職員名」は必ず記入して下さい。

②　氏名変更の届け出をしていなかった場合には、「氏名変更【旧姓】」に旧姓をご記入いただき、

被共済職員氏名の欄に変更後の氏名をご記入ください。

③「生年月日」・「退職年月日」・「加入年月日」は、和暦で記入して下さい。

④「掛金納入期間」については、掛金納入をした月（退職月）までを記入し、掛金納入の期間も必

　ず記入して下さい。（退職日が1日であっても退職月まで掛金納入となります。）

⑤「据置開始年月日」及び「据置期間」は、満60歳を経過し据置きとなっている被共済職員が退職

　する場合のみ記入して下さい。

⑥「退職理由」については、1～5の該当する事項に○印を付けて下さい。

1．「普通退職」の場合は、具体的なカッコ内の退職理由にも○印を付けて下さい。

2．「定年退職」の場合

3．「普通以外退職」の場合は、具体的なカッコ内の退職理由にも○印を付けて下さい。

　　☞添付書類が必要です。

4．「死亡退職」☞　添付書類が必要です。

5．「継続異動による第二種制度退職」

　　☞他の共済契約者に継続異動となる場合で、異動後の共済契約者が第二種制度に加入をしてい

ない場合は、第二種制度のみ退職の扱いとなり、第二種退職手当金を支給いたします。

6．「その他」☞　上記以外の場合にはカッコ内に具体的な理由をご記入ください。

　　　　　　　　注１）第二種退職共済制度に加入をしている場合には、現行制度の退職手当金と合算して支給いた

します。

　　　　　　⑦「福祉医療機構加入の有無等」は、1～４のいずれかに○印を付けて下さい。加入している場合

は、1年未満の退職であっても必ず記入して下さい。