

退会給付金請求書

給付 コード	所 属 名	会 員 氏 名	退会年月日		
	所 属 コード	会 員 番 号 (右 詰 め)	年(和暦)	月	日
4 1	〇〇〇学校	福祉 太郎	〇	〇	〇
	4 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6	〇	〇	〇

和暦

会員番号は職員番号と同じです。
6ケタの方は頭に「0」を付けてください。

退会給付金請求金額		70,000 円	
退 会 事 由 (該当する方に○印)	1 退職のため 2 死亡のため	会 員 期 間	〇〇 年 〇 月
振 興 会 入 会 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 1 日		

★請求期限
給付事由が生じた日から2年間

★給付内容
退職により退会したとき及び死亡により退会したときは、退会給付金を

★給付額
会員期間1年につき10,000円
(ただし、70,000円を限度とします。会員期間は12か月をもって1年とします。)

次の方は、事前に振興会事務局へお電話ください。
・59歳以下の前期会員
※満60歳となる前期会員

採用日ではなく、振興会に加入した日付を記入してください。
わからない場合は、振興会までお問合わせ下さい。

注1 請求日は退職日より後の日付となります。
注2 振興会会員申告書(様式第1号)も一緒に提出してください。
注3 退職後、正規職員とは異なる任用形態により、引き続き勤務される方も退会となるため対象となります。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

上記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
(一財)栃木県教育福祉振興会 理事長 様
〒 320-0066
住所 宇都宮市駒生〇-〇-〇
氏名 福祉 太郎

振興会記入欄

※ 給付決定額				

入力者	点検者	振興会受付印