

(一財) 神奈川県厚生福利振興会 退会届 (第5号様式) 兼

積立年金総合保険 保険金 (一時金) 請求書、退職時一時金請求書 (第1号様式)

所属名					所属コード				
氏名					会員番号				
性別	男性・女性		生年月日		年 月 日				
入会年月日	年	月	日	会員期間	年				
退会年月日	年	月	日		(1年未満は切り捨て)				

1. 退会の理由をご選択ください。(全会員)

退 会 の 理 由	<input type="checkbox"/> ① 定年・勸奨による退職
	<input type="checkbox"/> ② 異動 (市町村立小・中学校への異動等) による退会
	<input type="checkbox"/> ③ 自己都合による退職
	<input type="checkbox"/> ④ 任期満了による退職
	<input type="checkbox"/> ⑤ その他

2. 積立年金総合保険の保険金給付方法をご選択ください。

※給付方法が選択されていない場合は、一時保険金での給付とさせていただきます。
※再任用職員・再雇用職員、臨時的任用職員・契約職員、会計年度任用職員・非常勤職員の方は対象外のため選択不要。

保 険 金 給 付 方 法	<input type="checkbox"/> ① 年金保険金	年金給付期間	<input type="checkbox"/> 1年	<input type="checkbox"/> 2年	<input type="checkbox"/> 3年	<input type="checkbox"/> 4年	<input type="checkbox"/> 5年
	<input type="checkbox"/> ② 一時保険金	(年金給付は定年、1号勸奨退職の方のみ選択できます。 年金給付期間は希望の年数を○で囲んでください。)					

受 取 銀 行	銀行名							銀行コード			
	支店名	支店 (出張所)						支店コード			
	口座名義人	フリガナ									
	科目	<input type="checkbox"/> ①普通・総合 <input type="checkbox"/> ②当座	口座番号								

令和 年 月 日
(一財) 神奈川県厚生福利振興会 理事長 殿

届出・請求者 住所
氏名 印
電話番号

※ 振興会記入欄 退会保険金 2,000 × 年 年 決定額 円
 5,000 × 年

※ご記入いただいた個人情報は、当会事業の利用目的以外には使用しません。