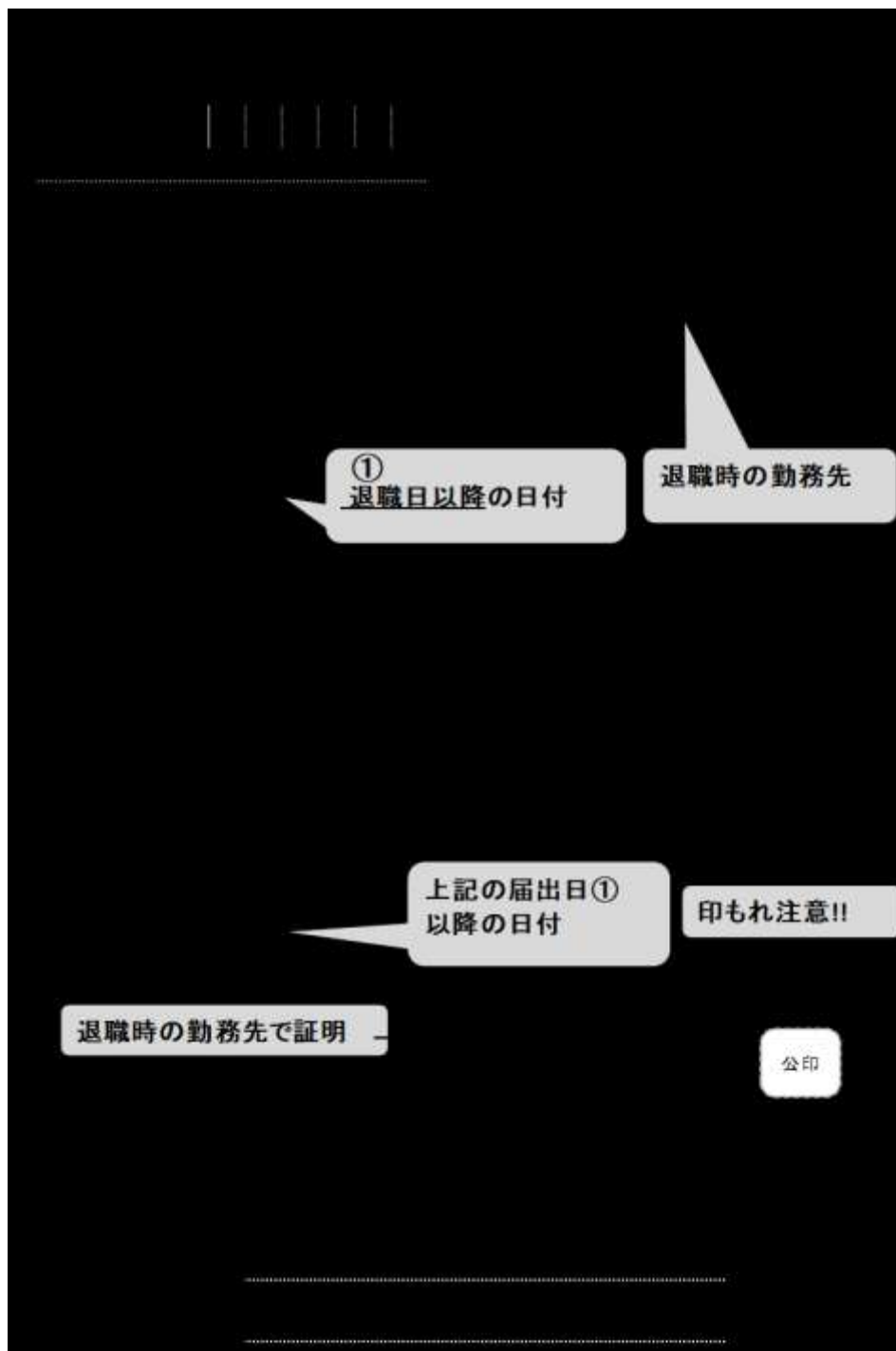


退職届書

職員番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
フリガナ			生年月日 昭和 年 月 日 平成		
組合員氏名					
退職年月日	令和 年 月 日		退職時の 所属機関名		
<p>上記のとおり退職しましたので届けます。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 〒 -</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">届出者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (自宅) (携帯)</p>					
<p>上記のとおり退職したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属機関の長 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 10px; padding: 5px 15px; display: inline-block;">公印</div> </div>					

※ 退職後、住所変更予定の方は下記をご記入願います。

新住所 〒 -	
住所変更予定日	令和 年 月 日



よくあるご質問（退職届書について）

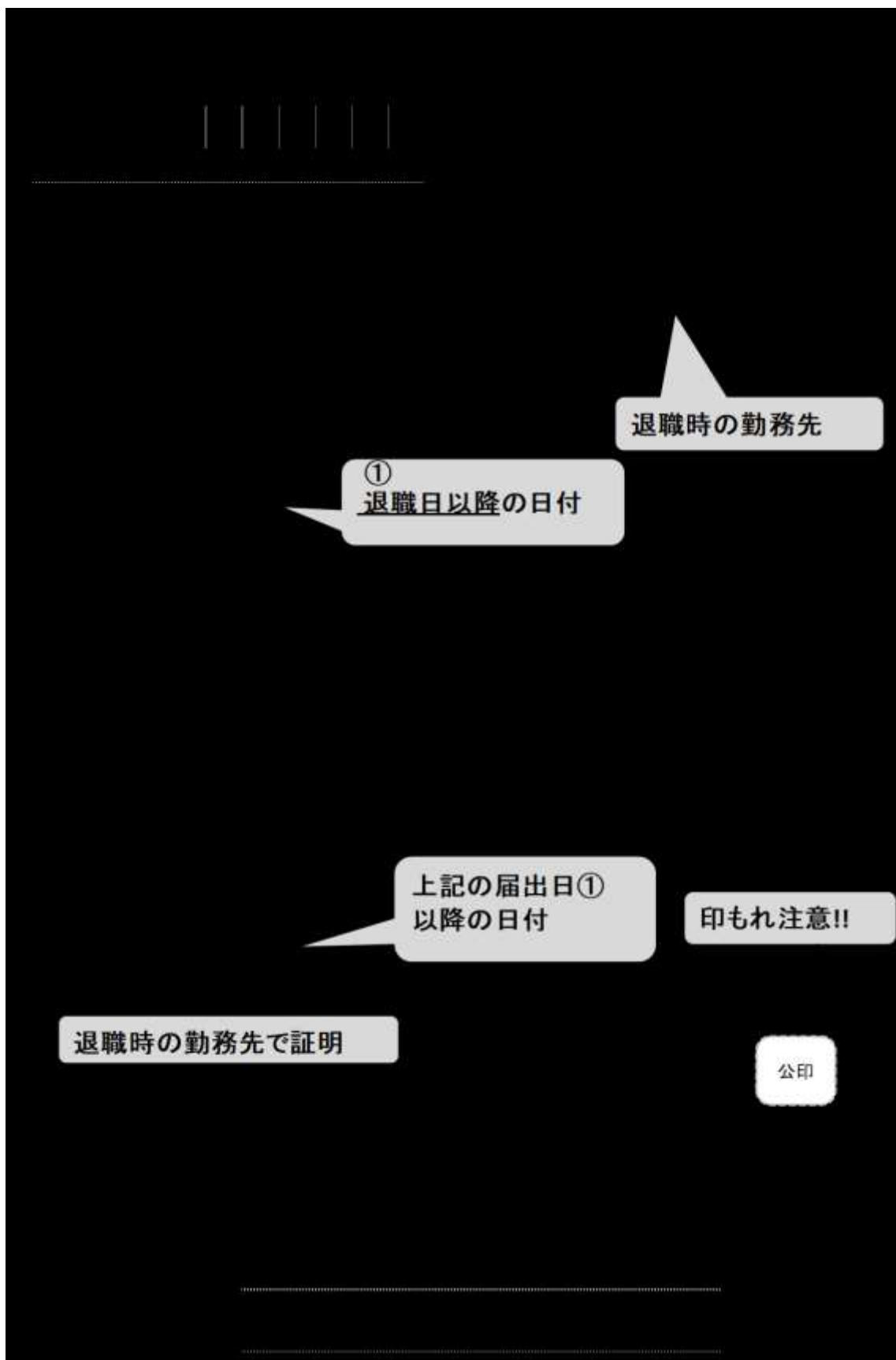
問 以下の場合、「所属機関の長」の印は誰の公印を押印しますか？

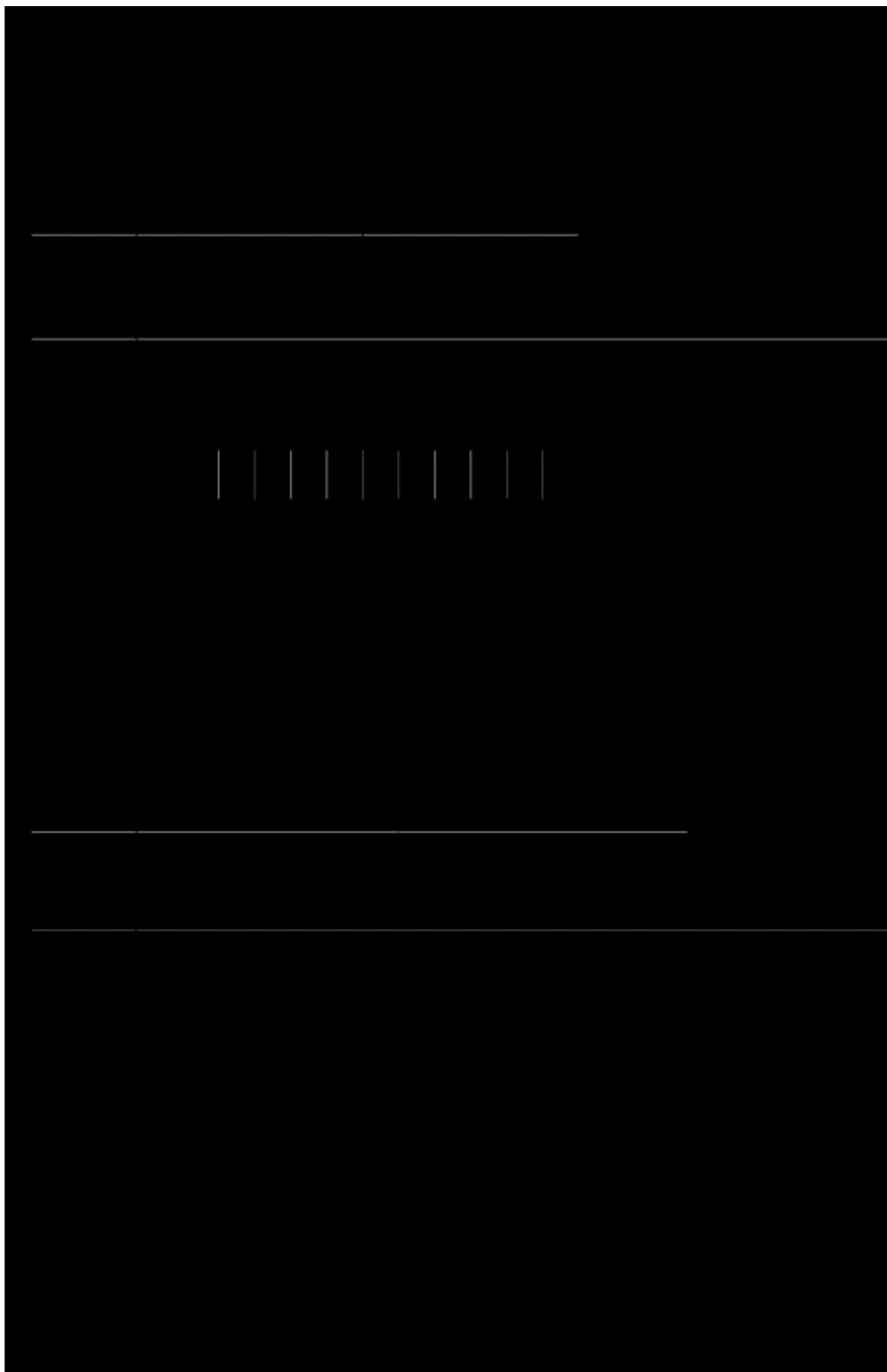
答 出向者が退職した場合→出向元の部局課長の公印(出向先より3月31日付で戻するため)

(例 沖縄科学技術振興センターへの派遣者が退職→企画部課長の公印)

答 課長が退職した場合→部局課長の公印

(例 企画調整課長が退職→企画部課長の公印)





【添付書類】

- ・氏名を変更された場合…戸籍謄本又は戸籍抄本
- ・住所を変更された場合…住民票抄本
- ・亡くなられた場合…亡くなられた方の戸籍謄本、戸籍抄本又は住民票
(除票)

記入例

変更前の氏名又は住所

年金手帳、基礎年金番号通知書等
ご確認ください。

・「退職年月日」「退職当時の所属機関」については、わかる範囲内でご記入ください。
・組合員であった期間が複数ある場合は、最後の退職に係る年月日をご記入ください。

変更後の氏名又は住所

年金待機者等のご本人でない場合、
ご記入お願いいたします。

年金受給権者再就職届書

(再び共済組合の組合員となった場合)

この届書は、**再就職先の共済組合**を経由して提出してください。

この届書に**当共済組合の年金証書**を添付してください。

年金証書 記号番号	8 5 9 4 -	年金の 種類	1 退職共済(老齢厚生・経過的 職域含む) 2 障害共済(障害厚生・経過的 職域含む)
--------------	-----------	-----------	--

フリガナ			生年 月日	昭和 平成	年 月 日
氏名					
住所及び 電話番号	〒 () - () - ()				
再就職年月日	令和 年 月 日			組合員 種別	
所属共済組合の名称					
所属機関 又は 勤務先	名称				
	所在地				
上記の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
所属機関の長		職名			
		氏名			
					印

上記のとおり再就職したので届け出ます。

令和 年 月 日

地方職員共済組合理事長 様

年金受給権者再就職届書

(再び共済組合の組合員となった場合)

ただし、当共済組合の年金受給権者が、再び同じ道府県の組合員(公務員)になった場合は、年金証書の添付は不要となります。

この届書は、**再就職先の共済組合**を経由して提出してください。
この届書に**当共済組合の年金証書**を添付してください。

年金証書 記号番号	8 5 9 4 - 〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇〇〇	年金の 種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 退職共済(老齢厚生・経過的職域含む) <input type="checkbox"/> 2 障害共済(障害厚生・経過的職域含む)
--------------	--------------------------	-----------	---

フリガナ	キョウサイ ハナコ	生年 月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	共済 花子		

住所及び 電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区平河町2丁目4番9号 (〇〇〇) - (〇〇〇) - (〇〇〇〇)
--------------	---

再就職年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	組合員 種別	一般組合員
--------	-------------------	-----------	--------------

所属共済組合の名称	〇〇〇〇共済組合
-----------	-----------------

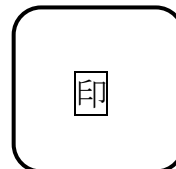
所属機関 又は 勤務先	名称	〇〇〇〇市立病院
	所在地	東京都千代田区平河町2丁目4番9号

上記の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

所属機関の長 職名 **〇〇市 病院管理者**

氏名 〇 〇 〇 〇



上記のとおり再就職したので届け出ます。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

地方職員共済組合理事長 様