

# 退職給付金 ご請求手続きについて

永年にわたり退職給付保険“ゆうイング”にご加入いただきまして誠にありがとうございます。  
ご契約いただいております退職給付保険の退職給付金の請求手続きについてご案内申し上げますので、下記の内容をご確認の上、関係書類と併せてご提出くださいますようお願い申し上げます。

## 1. 退職給付金の受取方法について

退職給付金は、以下のいずれかの方法によりお受け取りいただけます。ご退職後のライフプランに合わせてご選択ください。

### 【例：退職給付金が425万の場合】

受取方法	受取内容
①一時払	退職給付金425万円を全額一時払いでお支払いします。
②分割支払	例(1) 退職給付金425万円のうち、420万円を分割でお支払いします。 (残りの5万円は一時払でお支払いします)
	例(2) 退職給付金425万円のうち、200万円を分割でお支払いし、残りの225万円を一時払いでお支払いします。

- ※1 分割支払の申込金額は100万円以上で10万円の整数倍のため、端数の5万円はお申し込みいただけません。(退職給付金額が100万円未満の場合は分割支払はできません。)
- ※2 分割での支払期間は5年間になります。支払回数は年2回型(6・12月)、または年4回型(3・6・9・12月)からお選びいただけます。(申込件数は2件までになります。)
- ※3 死亡退職による請求(死亡給付金)の場合、受取方法は一時払のみとなります。

## 2. ご提出書類

受取方法	災害保険・社員援護保険をご継続加入する場合	災害保険・社員援護保険をご継続加入しない場合
①一時払	①退職給付金請求書 ②自動払込利用申込書	①退職給付金請求書
②分割支払	①退職給付金請求書 ②退職給付金分割支払申込書 ③自動払込利用申込書	①退職給付金請求書 ②退職給付金分割支払申込書

## 3. 退職給付金等の税金について

### (1) 退職給付金(ご契約者様が受け取りの場合)

退職給付金は、分割給付金の申込みの有無にかかわらず支払いを受けた年の『一時所得』として確定申告が必要です。

### (2) 死亡給付金(ご契約者様の死亡によりご遺族様が受け取りの場合)

死亡給付金は、『相続税』の対象となります。

### (3) 分割給付金(「退職給付金」を申込資金とし、分割で受け取る場合)

分割給付金を申し込まれた場合、毎年度の乗率に基づき分割申込金に上乗せする加算金及び満期時の祝金は『雑所得』として確定申告が必要です。

なお、確定申告に必要な金額(計算書)については、当年の支払終了後、翌年の1月末までに発送いたします。

※個別の税務取扱い等については、国税局または所轄の税務署等にご確認ください。

ご不明な点がございましたら、本書裏面に記載の郵政福祉地方本部までお問い合わせください。

**一般財団法人 郵政福祉**  
**各地方本部お問い合わせ先**

地方本部名	所在地
<b>北海道地方本部</b>	〒060-0061 札幌市中央区南1条西5丁目20 TEL.011-218-8070 FAX.011-218-8075 フリーダイヤル:0120-816-922
<b>東北地方本部</b>	〒980-8650 仙台市青葉区五橋2-4-2 TEL.022-262-2166 FAX.022-262-8928 フリーダイヤル:0120-510-250
<b>関東地方本部</b>	〒330-0054 さいたま市浦和区東岸町9-20 TEL.048-764-8002 FAX.048-764-8211 フリーダイヤル:0120-954-129
<b>東京地方本部</b>	〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町1-7 TEL.03-6365-0294 FAX.03-6365-0296 フリーダイヤル:0120-120-247
<b>南関東地方本部</b>	〒210-0007 川崎市川崎区駅前本町15-5 TEL.044-201-4500 FAX.044-201-6101 フリーダイヤル:0120-954-130
<b>信越地方本部</b>	〒380-0921 長野市栗田948-1 TEL.026-223-1771 FAX.026-223-1773 フリーダイヤル:0120-888-632
<b>北陸地方本部</b>	〒920-0901 金沢市彦三町2-5-27 TEL.076-262-6245 FAX.076-232-0483 フリーダイヤル:0120-626-245
<b>東海地方本部</b>	〒461-0014 名古屋市東区榑木町1-21-2 TEL.052-971-1095 FAX.052-951-4078 フリーダイヤル:0120-517-117
<b>近畿地方本部</b>	〒540-0029 大阪市中央区本町橋7-3 TEL.06-7711-6008 FAX.06-7711-6001 フリーダイヤル:0120-816-755
<b>中国地方本部</b>	〒730-0005 広島市中区西白島町17-13 TEL.082-221-5444 FAX.082-223-3294 フリーダイヤル:0120-544-401
<b>四国地方本部</b>	〒790-0003 松山市三番町8-12-4 TEL.089-945-1221 FAX.089-947-1839 フリーダイヤル:0120-122-545
<b>九州地方本部</b>	〒860-0846 熊本市中央区城東町3-1 TEL.096-355-9301 FAX.096-355-9305 フリーダイヤル:0120-657-716
<b>沖縄地方本部</b>	〒900-0032 那覇市松山1-32-7 TEL.098-863-0801 FAX.098-863-0224 フリーダイヤル:0120-630-802



# ～郵政福祉退職給付金分割支払申込書記入例～

- ・     内が記入欄です。
- ・ ご記入にあたり、以下の点にご注意ください。

## 【お客様情報のご記入について】

退職給付金請求書より複写されます。

## 【申込内容について】

### 【申込件数】

申込件数は2件までになります。

### 【給付の種類】

年2回給付型(6月、12月)または年4回給付型(3月、6月、9月、12月)を選択して○で囲んでください。

なお、お支払期間は、年2回給付型、年4回給付型とも5年間に なります。

【据置期間】…※据置期間は支払期間ではありません。支払期間は、据置期間に関わらず5年間です。0年、2年、3年、5年の中から選択して○で囲んでください。

退職月別支給月一覧表(据置0年の場合)

退職月	給付型	第1回支給月	退職月	給付型	第1回支給月
3月	2回型 4回型	退職年の12月 退職年の9月	7月	2回型 4回型	退職の翌年6月 退職年の12月
4月	2回型 4回型	退職年の12月 退職年の9月	8月	2回型 4回型	退職の翌年6月 退職年の12月
5月	2回型 4回型	退職年の9月 退職年の6月	9月	2回型 4回型	退職の翌年6月 退職の翌年3月
6月	2回型 4回型	退職の翌年6月 退職年の12月	10月	2回型 4回型	退職の翌年6月 退職の翌年3月

※据置期間が2年、3年、5年の場合は、表中の第1回支給月からそれぞれ2年、3年、5年後になります。

### 【申込金額】

100万円以上で10万円の整数倍の金額でお申込みください。申込1と申込2を合算した金額が退職給付金額を超えてのお申込はできません。

## 【自動払込利用申込書のご記入について】

退職給付金請求書の項目名「災害保険継続」、または「社員援護保険継続」欄で、退職後も保険契約を「継続します」とし、保険料の払込方法を「自動払込利用」でお申込みいただいた場合にご記入ください。なお、「印鑑」欄には、通帳のお届け印を捺印願います。

## 郵政福祉退職給付金分割支払申込書

一般財団法人 郵政福祉 御中  
私は本日受領し、説明を受けた一般財団法人郵政福祉退職給付保険第27条1項の退職給付金の分割支払いを、下記の通り申し込みます。

分割での支払期間は5年間に なります。

(フリガナ) フクシタ タロウ  
契約者氏名 **福祉 太郎**

〒100-0001 東京都千代田区千代田  
住所 **港区虎ノ門1-14-1**

(フリガナ) ミナトクニ タロウ / モリ  
会社名 **日本郵便(株)**  
支店・局所 **〇〇郵便局**  
部 課 **〇〇部〇〇課**

平成 30年 3月 31日  
退職年月日

01 234567  
社員コード

03-3502-3768 電話番号(自宅) 申込1  
090-1234-XXXX 電話番号(携帯用) 申込2

給付の種類 年2回給付型 年4回給付型 年2回給付型 年4回給付型

申込 据置期間 0年・2年・3年・5年 (※こちらは支払期間ではありません。支払期間は据置期間に関わらず5年間です。)

内容 申込金額 220万円 200万円

客 地方本部受付日付

1. 申込は、2件まで可能です。  
2. 給付の種類を選択して○で囲んでください。  
3. 据置期間を選択して○で囲んでください。  
4. 申込金額は、100万円以上で、10万円の整数倍の金額でお申込みください。  
5. 申込書に同封する個人印鑑の取扱い  
6. 郵政福祉の職員・役員及びが法人と関わりある関係者・サードパーティの関係者は利用できません。また、お客さま情報の漏洩及び不正アクセス等の防止の必要を判断を講じております。

## 自動払込利用申込書(印)

166301234012345671  
通帳記号 (行かっついで)

東京 港区虎ノ門1-14-1  
おとところ (〒105-0001) ミナトクニ タロウ / モリ

おなまえ **福祉 太郎** 加入者番号

自 局番 番号 印  
0335023768

電話 呼 00170-9-3010 払込先 加入者名 一般財団法人 郵政福祉

払込先 口座番号 00170-9-3010 平成 年 月 から 払込日 払込日

払込開始月 平成 年 月 から 払込日 24日 (印は印紙は5年以内)

機関コード 機関コード 入力担当 **済 未**

ゆうちょ銀行 使用欄

この自動支払利用申込書に不備がございましたら、下記該当項目に印をつけて理由を明記して返送ください。

1 通帳番号相違 2 印鑑相違 3 名称入相違  
4 種別相違 5 口座なし 6 印鑑不詳明  
7 代新印鑑本社 8 通帳記号相違 9 訂正印もれ  
10 その他

備考欄

本申込書をもって、印鑑・封筒・封筒裏の除印料は必ず封筒裏の宛先に書き添えていただきます。

不備申込書返送先  
〒105-0001  
東京都港区虎ノ門1丁目14番1号  
一般財団法人 郵政福祉 共済事業部 行



# 退職給付金請求書

兼 残債務の相殺同意書

- 一般財団法人郵政福祉との保険契約に基づき、退職給付金を請求します。
- 一般財団法人郵政福祉に対する未弁済元金及び未払利息等の債務がある場合は、退職給付金と対当額で相殺することに同意します。

記入日：平成 年 月 日

		契約者 社員コード				
契約者氏名		(フリガナ)		退職年月日 平成 年 月 日		
		所 属		会 社 名		
				支店・局所		
				部 ・ 課		
住 所		〒 □ □ □ □ - □ □ □ □		(フリガナ)		
		電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯電話)		
契約者が死亡による退職の場合		(フリガナ)		請求者氏名		
		契約者との続柄		ご請求にあたっては、契約者の死亡の事実および正当な受取人たる事を証明する戸籍謄本の添付が必要です。詳しくは、同封の退職給付金請求書記入例をご確認ください。		
退職給付金の受取方法確認		<input type="checkbox"/> 全額一時払とします。 <input type="checkbox"/> 分割給付とします。(次頁の分割支払申込書にお受け取り方法をご記入のうえ、本請求書とあわせて送付ください。) <small>(退職給付金と分割給付申込金額との差額は一時払とします。)</small>				
郵政福祉使用欄		申込1	年2回型・年4回型	据置	0・2・3・5年	申込金額 万円
		申込2	年2回型・年4回型	据置	0・2・3・5年	申込金額 万円
受領口座		記号 番号		ゆうちょ銀行通常貯金 契約者又は請求者本人名義		
ご退職後の災害・社員援護保険継続のご確認		保険料払込方法のご選択				
<small>※ご指定がない場合、継続といたします。                  ※本請求書をもって、災害・社員援護保険の保険料払込方法の変更届に替えさせていただきます。</small>		<small>※ご継続の場合、退職給付金より、退職日以降最初に到来する保険期間満了日までの未払保険料を控除させていただきます。                  ※口数の変更をご希望の場合は、お手数でも郵政福祉地方本部に変更申込書をご請求ください。                  ※保険料払込単位の変更(1年前前納・半年前前納)は、次回保険期間更新月からとなります。</small>				
災害保険継続		<input type="checkbox"/> 継続します 保険料払込方法を選択してください。 <input type="checkbox"/> 継続しません 後日、ご解約に必要な解約届をお送りします。		<input type="checkbox"/> 自動払込利用 添付の自動払込利用申込書に記入願います。 <input type="checkbox"/> 郵便振替利用 ご指定がない場合、郵便振替といたします。		<input type="checkbox"/> 年払 ご指定がない場合、年払といたします。 <input type="checkbox"/> 半年払
社員援護保険継続		<input type="checkbox"/> 継続します 保険料払込方法を選択してください。 <input type="checkbox"/> 継続しません 後日、ご解約に必要な解約届をお送りします。		<input type="checkbox"/> 自動払込利用 添付の自動払込利用申込書に記入願います。 <input type="checkbox"/> 郵便振替利用 ご指定がない場合、郵便振替といたします。		<input type="checkbox"/> 年払 ご指定がない場合、半年払といたします。
所属長証明		上記社員の退職事実に相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 職 名 氏 名				

**【お客さまに関する個人情報の取扱い】**

お預かりしたお客さまに関する情報は、本保険契約の維持・管理及び当法人が取り扱う商品・サービスの提供の為に利用させていただくものです。また、お客さま情報の漏洩及び不正アクセス等の防止の為に必要対策を講じております。

郵政福祉使用欄		個人コード		自払口座登録		<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	
		弔 慰 金		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 万円)		ホームローン	
		災害精算(変更)		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 円)		援護精算(変更)	
				<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 円)			
精算情報		災 害		契約① (継続： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ・ (始期月： 月)		精算区分：( )	
				契約② (継続： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ・ (始期月： 月)		精算区分：( )	
		継 続 処 理		契 約 ① (継続： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ・ (始期月： 月)		精算区分：( )	
				契 約 ② (継続： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ・ (始期月： 月)		精算区分：( )	
				契 約 ③ (継続： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) ・ (始期月： 月)		精算区分：( )	
その他精算		育英貸付		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 円)		そ の 他 ( ) <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 円)	



# 郵政福祉退職給付金分割支払申込書

一般財団法人 郵政福祉 御中

私は本日受領し、説明を受けた一般財団法人郵政福祉退職給付保険普通保険約款第27条1項の退職給付金の分割支払いを、下記の通り申し込みます。

分割での支払期間は5年間になります

契約者氏名		(フリガナ)	契約者 社員コード		退職年月日		平成	年	月	日
住所		〒□□□□-□□□□	所 属		会社名					
		(フリガナ)			支店・局所					
					部・課					
		電話番号(自宅)				電話番号(携帯電話)				
		-				-				
申込内容	給付の種類	申込1				申込2				
	据置期間	年2回 給付型	年4回 給付型	年2回 給付型	年4回 給付型					
	申込金額	0年・2年 3年・5年	(※こちらは支払期間ではありません。 支払期間は据置期間に関わらず 5年間です。)	0年・2年 3年・5年	(※こちらは支払期間ではありません。 支払期間は据置期間に関わらず 5年間です。)	万円		万円		

- 注) 1. 申込は、2件までできます。  
 2. 給付の種類を選択して○で囲んでください。  
 3. 据置期間を選択して○で囲んでください。  
 4. 申込金額は、100万円以上で、10万円の整数倍の金額でお申込みください。

【お客さまに関する個人情報の取扱い】

お預かりしたお客さまに関する情報は、本保険契約の維持・管理及び当法人が取り扱う商品・サービスの提供の為に利用させていただくものです。また、お客さま情報の漏洩及び不正アクセス等の防止の為に必要な対策を講じております。

地方本部受付日付

キ リ ト リ 線

## 自動払込利用申込書(収)(加)

種目コード	契約種別コード	通帳記号				通帳番号 (右からつめてご記入ください。)			
1	6	6	3	0	1	0			
おところ	(フリガナ) (〒 - )								
	都道府県								
おなまえ	(フリガナ)				加入者番号	機関コード	入力状況		
					-		済 未		
自 呼 電話	市外局番	局番	番号	印 鑑	通帳のお届印				
払込先 口座番号	00170-9-3010				払込先 加入者名	一般財団法人 郵政福祉			
払込開始月	平成 年 月 から				払込日	24日 (左記払込日が、土曜、日曜 祝日の場合は翌営業日)			

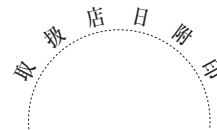
### ゆうちょ銀行使用欄

この自動支払利用申込書に不備がありましたら、下記該当項目に○印をつけて至急支払先にご返送ください。

1	通帳番号相違	2	印鑑相違	3	名義人相違
4	種別相違	5	口座なし	6	印鑑不鮮明
7	代表者/肩書きもれ	8	通帳記号相違	9	訂正印もれ
10	その他				

### 備考欄

本申込書をもって、災害・社員援護保険の保険料払込方法の変更届に替えさせていただきます。



不備申込書返送先

〒105-0001

東京都港区虎ノ門1丁目14番1号

一般財団法人 郵政福祉 共済事業部 行