

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”にご契約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請求手続きについて下記にてご案内申し上げますので、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

退職給付金の受取方法は、「**一部分割受取**」と「**全額一時受取**」の2通りございます。ご退職後のライフプランに合わせてご選択ください。

【**一部分割受取**】…退職給付金の一部を5年間に分割して受け取る方法

申込件数	2件まで
年間受取回数	年2回(6月、12月:5年間で計10回)、年4回(3月、6月、9月、12月:5年間で計20回) 受取期間は、年2回、年4回ともに5年間
受取開始月の据置期間	0年、2年、3年、5年 ※据置期間は受取期間ではありません。受取期間は、据置期間にかかわらず5年間
申込金額	100万円以上で10万円以上の整数倍、かつ申込1、申込2の合計額が退職給付金額の範囲内
満期祝金	1万円

※ 満期祝金は最終回の分割給付金に加算してお支払いします。2件お申し込みの場合は、2件目の最終回に1万円を加算してお支払いしますので、2件お申し込みの場合でも1万円となります。

【退職給付金が425万円の場合のお支払い例】

受取方法	支払内容
① 一部分割受取	例(1) 退職給付金425万円のうち、420万円の一部分割受取を選択された場合、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、200万円の一部分割受取を選択された場合、残りの225万円は一時払でお支払いします。
② 全額一時受取	退職給付金425万円を全額一時払でお支払いします。

【分割給付金の受取開始月】

ご退職月により分割給付金の受取開始月は異なり、下表は受取開始月の据置期間を0年でお申し込みの場合の受取開始月になります。受取開始月の据置期間を2年、3年、5年でお申し込みの場合は、表中の受取開始月からそれぞれ2年、3年、5年後になります。

退職月	年間受取回数	受取開始月	退職月	年間受取回数	受取開始月	退職月	年間受取回数	受取開始月
3月	年2回	退職年の12月	9月	年2回	退職の翌年6月	1月	年2回	退職年の12月
4月		退職年の9月			10月			
5月	年4回	退職年の9月	11月	年4回	退職の翌年12月	2月	年4回	退職年の6月
6月	年2回	退職の翌年6月	12月	年2回	退職の翌年12月			
7月	年4回	退職年の12月		年4回	退職の翌年6月			
8月		退職年の12月						

よくあるご質問

Q1. 一部分割受取を申込金額200万円、年2回、据置期間3年で申し込みした場合の受け取りイメージを教えてください。

A1. ご退職日の3年後の受取開始月から、年2回の受取を5年間で計10回、一回あたり「20万円+乗率により算定した額」をお受け取りいただき、最終回(10回目)に満期祝金1万円が加算されます。

※乗率は、毎年度見直しますので、据置期間中であっても乗率に変更された場合は、受取金額が変更されます。

Q2. 退職日より前に提出できますか。その場合、退職日より前に送金されますか。

A2. ご退職日より前にご提出いただけますが、送金のご退職日以降となりますのでご注意ください。

2. 災害保険・社員援護保険はご退職後も引き続きご契約いただけます。…※次頁をご参照ください。

【再雇用社員として勤務する場合】

給与控除でご継続いただけます。

【退職する場合】

保険料払込方法の変更手続きが必要です。下表をご参照ください。

退職給付金より、退職日以降最初の保険期間満了日までの必要な保険料を控除させていただきます。

※退職後、2か月以内に提出がない場合、契約が失効となりますので、お早めにご提出ください。

	災害保険	社員援護保険
ひと月あたりの保険料	年齢にかかわらず一律	
保険料の払込方法	払い込みの手間なく、便利な自動払込をぜひご利用ください。	
保険料の払込単位	年払または半年払	
継続期間	一生涯ご継続いただけます。	満65歳を迎えた最初の保険期間満了日まで

3. ご提出書類及び退職給付金請求書のご記入について… ※記入例をご確認ください。

	再雇用社員として 引き続き勤務する場合	退職する場合	
		災害保険・社員援護保険を 継続する場合	災害保険・社員援護保険を 継続しない、または契約がない場合
ご提出書類	①退職給付金請求書	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

【受取方法・分割支払申込内容】

退職給付金の受取方法は一部分割受取と全額一時受取からお選びいただけますので、いずれかを選択して☑してください。一部分割受取の場合は、【分割支払申込内容】欄の年間受取回数、受取開始月の据置期間を選択して申込金額をご記入ください。

【所属長証明(必要書類)】

退職事実の証明のため、所属長による証明を受けてください。

所属長証明が困難な場合は、退職辞令書(退職承諾通知書)の写しを添付してください。

【災害保険・社員援護保険の保険料払込方法変更】※再雇用社員として勤務される方は記入不要

○継続を希望する場合

「継続します」欄に☑のうえ、保険料の払込方法及び払込単位(年払・半年払)にそれぞれ☑してください。

○数や対象物件等契約内容の変更の場合

別途変更申込書を送付しますので、郵政福祉地方本部までご連絡ください。

○解約を希望する場合

「継続しません」欄に☑してください。後日解約届を送付しますので、お手数ですが別途解約届をご提出ください。

4. 退職給付金等の税金について… ※個別の税務取扱い等については、所轄の税務署等にご確認ください。

【退職給付金】

退職給付金は、一部分割受取の選択の有無にかかわらず支払を受けた年の『一時所得』として確定申告が必要です。

【分割給付金(退職給付金を申込資金とし、一部を分割で受け取る場合)】

一部分割受取を選択された場合、お受け取りいただいた分割給付金の利息相当額及び満期時の祝金は、『雑所得』として確定申告が必要です。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月末までに送付いたします。

～災害保険・社員援護保険のご案内～

災害保険「ゆうホーム」

火災、風水雪害、不慮の人為的災害、震災等に備える保険

ご退職後も安心！手頃な保険料で幅広い補償を！

ご退職後も引き続き一生涯ご契約いただけます。

「ゆうホーム」なら
200口の加入で、

保険料

ご加入1口につき

10円/月

住宅 150口 合計
家財 50口 200口まで



火災・落雷 風水雪害 不慮の人為的災害
最高 最高 最高
3,200万円 1,200万円 400万円

地震
最高
500万円
が付いて、

保険料は **ひと月あたり 2,000円**

上記のほか、火元失火・漏水のリスクにも備えられます。

- ※保険金額は全焼・全壊・流失の場合の金額を記載しております。
- ※「風水雪害」・「不慮の人為的災害」・「震災等」の被害については、損害額が10万円以上の場合、「火元失火」・「漏水」の被害については保険契約者が第三者に5万円以上の賠償を支払った場合にそれぞれ保険金請求の対象となります。
- ※「不慮の人為的災害」の被害について、既に受けた賠償等がある場合、保険金をお支払いできないことがあります。
- ※他に加入している保険契約があり、他の保険契約と本契約の保険金額の合計が保険の対象となる物件の損害の額を超えている場合、損害の額を超えて保険金を受け取ることはできません。
- ※保険契約者が所有または居住する住宅、保険契約者が居住する住宅内にある家財が契約対象となります。人が常時居住していない住宅はご契約いただけません。

社員援護保険「ゆうライフ」

死亡、障害、不慮の事故による入院等に備える保険

アクティブな“第2の人生”のため「まさか…」の不安に、手厚い備えを！

ご退職後も引き続き満65歳に達した最初の保険期間満了日までご契約いただけます。

「ゆうライフ」なら
本人型30口加入で、

保険料

ご加入1口につき

本人型 **60円/月**

夫婦型 **120円/月**

本人型・夫婦型
合わせて30口まで

保険料は **ひと月あたり 1,800円**

しかも保険料は
年齢に関係なく
一律です。

死 亡	不慮の事故による死亡※2	ケガ入院※3
60歳未満 750万円 60歳以上 540万円	60歳未満 1,350万円 60歳以上 1,140万円	入院1日目から 日額 12,000円

上記のほか、重度障害等※4のリスクにも備えられます。

- ※1 本人型(普通援護)は保険契約者、夫婦型(特別援護)は保険契約者とその配偶者を被保険者とします。新規加入、増口、本人型から夫婦型への加入替えは、契約日または変更日における年齢が満60歳未満の場合に限ります。
- ※2 「事故等死亡保険金」は不慮の事故を直接の原因として事故の日から180日以内に死亡したとき、または特定感染症を直接の原因として死亡したときにお支払いします。
- ※3 「入院保険金」は不慮の事故により1日以上入院したときに1日目から180日を限度にお支払いします。
- ※4 「障害保険金」は労働者災害補償保険法に規定する第1級から第5級のいずれかの身体障害状態になられたことを当法人が認定したときにお支払いします。

各商品の詳細については、パンフレット・重要事項等説明書・ご契約のしおりをご覧ください。

退職給付金のご請求、災害保険・社員援護保険の商品に関しては、最寄りの地方本部までお問い合わせください。



北海道地方本部 0120-816-922	信越地方本部 0120-888-632	四国地方本部 0120-122-545
東北地方本部 0120-510-250	北陸地方本部 0120-626-245	九州地方本部 0120-657-716
関東地方本部 0120-954-129	東海地方本部 0120-517-117	沖縄地方本部 0120-630-802
東京地方本部 0120-120-247	近畿地方本部 0120-816-755	
南関東地方本部 0120-954-130	中国地方本部 0120-544-401	

～退職給付金請求書記入例～

OCR

一般財団法人
郵政福祉 行

退職給付金請求書

兼 残債務の相殺同意書 兼 災害保険・社員援護保険払込方法変更申込書 兼 退職給付金分割支払申込書

- 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	20XX年 〇月 〇日	社員コード (左づめ)	01234567
自筆でご署名ください。 フクシ タロウ		退職年月日 (西暦)	20XX年 03月 31日
契約者氏名 (自署)	福祉 太郎		会社名 日本郵便(株)
		局所・支店等	〇〇郵便局
退職後も再雇用社員として <input type="checkbox"/> 勤務する・ <input checked="" type="checkbox"/> 勤務しない			
〒	105-0001	市区町村	港区虎ノ門
1-14-1		建物名・ 部屋番号	郵政福祉琴平ビルXXX
電話番号(自宅) ※ハイフンなし左づめ		電話番号(携帯電話) ※ハイフンなし左づめ	
03-3502-3768		0901-2345	
受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 一部分割受取とします。 (下記分割支払申込内容欄をご記入ください。退職給付金と分割申込金との差額は分割での受取期間は据置期間にかかわらず5年間になります。) <input type="checkbox"/> 全額一時受取とします。		
分割支払 申込内容	申込1 年間受取回数 <input checked="" type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 4回	据置期間 <input checked="" type="checkbox"/> 0年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年・ <input type="checkbox"/> 5年	申込金額 200 万円
	申込2 年間受取回数 <input type="checkbox"/> 2回・ <input checked="" type="checkbox"/> 4回	据置期間 <input type="checkbox"/> 0年・ <input checked="" type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年・ <input checked="" type="checkbox"/> 5年	申込金額 150 万円
(注1) 2件までお申し込みください。(注3) 申込金額は100万円以上かつ10万円単位でご記入ください。			
受領口座 (右づめ)	記号 番号 12340 の 12345671 ゆうちょ銀行通常貯金口座 ※契約者本人名義		
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。 ※退職金を受け取らずにシニアスタッフ社員となられる方は退職給付金はお受け取りになれません。 証明日(記入日): 20XX年 〇月 〇日 職名 〇〇郵便局長 氏名 郵政 次郎		

該当にしてください。

一部分割受取の場合は、「分割支払申込内容」をご記入ください。

100万円以上かつ10万円単位でご記入ください。

契約者本人名義のゆうちょ銀行通常貯金口座をご記入ください。



所属長証明が困難な場合は退職辞書(または退職承諾通知書)の写しをご提出ください。

証明印は、職印をご捺印いただくようお願いいたします。

継続の場合は、「払込方法」・「払込単位」をご選択ください。

自動払込をご利用の場合、していただき、自動払込利用申込書も必ずご記入ください。

災害保険	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自動払込 次頁の自動払込利用申込書に記入願います。 ※チェックがない場合、郵便振替といたします。	<input checked="" 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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自動払込 次頁の自動払込利用申込書に記入願います。 ※チェックがない場合、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 半年払

災害保険・社員援護保険に加入していない方、退職後も再雇用社員として勤務される方は記入不要です。再雇用社員の方は、給与控除にて継続されます。



退職給付金請求書

兼 残債務の相殺同意書 兼 災害保険・社員援護保険払込方法変更申込書 兼 退職給付金分割支払申込書

- 1 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。
- 2 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	年 月 日			社員コード (左づめ)													
契約者氏名 (自署)	(フリガナ)			退職年月日 (西暦)					年				月				日
					会社名												
					局所・支店等												
退職後も再雇用社員として <input checked="" type="checkbox"/> 勤務する・ <input checked="" type="checkbox"/> 勤務しない																	
住所	〒																市区町村
	番地							建物名・ 部屋番号									
	電話番号(自宅) ※ハイフンなし左づめ										電話番号(携帯電話) ※ハイフンなし左づめ						
<input checked="" type="checkbox"/> 一部分割受取とします。 <input checked="" type="checkbox"/> 全額一時受取とします。 下記分割支払申込内容欄をご記入ください。退職給付金と分割申込金との差額は一時払とします。 分割での受取期間は据置期間にかかわらず5年間になります。																	
分割支払 申込内容	申込1	年間受取回数	<input checked="" type="checkbox"/> 2回・ <input checked="" type="checkbox"/> 4回	据置期間	<input checked="" type="checkbox"/> 0年・ <input checked="" type="checkbox"/> 2年・ <input checked="" type="checkbox"/> 3年・ <input checked="" type="checkbox"/> 5年	申込金額										0	万円
	申込2	年間受取回数	<input checked="" type="checkbox"/> 2回・ <input checked="" type="checkbox"/> 4回	据置期間	<input checked="" type="checkbox"/> 0年・ <input checked="" type="checkbox"/> 2年・ <input checked="" type="checkbox"/> 3年・ <input checked="" type="checkbox"/> 5年	申込金額										0	万円
(注1) 2件までお申し込みいただけます。(注2) 年間受取回数・据置期間を選択して <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。 (注3) 申込金額は1件につき100万円以上、かつ10万円の整数倍の金額でお申し込みください。(注4) 据置期間は受取期間ではありません。																	
受領口座 (右づめ)	記号			番号			ゆうちょ銀行通常貯金口座 ※契約者本人名義										
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。 ※退職金を受け取らずにシニアスタッフ社員となられる方は退職給付金はお受け取りになれません。																
	証明日(記入日) : 年 月 日 職名 氏名 [職印]																

災害保険・社員援護保険にご加入の方へ退職後の保険料払込方法変更のご案内

※ご退職後、再雇用社員として勤務される場合は、給与控除にて継続されますので、下記は記入不要です。

- ※ ご退職後も、災害保険は一生涯、社員援護保険は満65歳を迎えた最初の保険期間満了日まで継続してご契約いただけます。
- ※ 本請求書をもって、災害保険・社員援護保険の払込方法変更申込書に替えさせていただきます。
- ※ ご継続の場合、退職給付金より退職日以降最初の保険期間満了日までの必要な保険料を控除させていただきます。
- ※ 保険料払込方法は、払い込みの手間なく便利なゆうちょ銀行口座からの自動払込をぜひご利用ください。
- ※ 保険料払込単位(年払・半年払)は、次回保険期間更新月より変更いたします。
- ※ 口数や対象物件等契約内容の変更の場合は、別途変更申込書を送付しますので郵政福祉地方本部までご連絡ください。

災害保険	<input checked="" type="checkbox"/> 継続します 保険料払込方法を選択してください。	➡	<input checked="" type="checkbox"/> 自動払込 次頁の自動払込利用申込書に記入願います。	➡	<input checked="" type="checkbox"/> 年払 ※ご指定がない場合、 年払といたします。
	<input checked="" 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。		※チェックがない場合、郵便振替といたします。		<input checked="" type="checkbox"/> 半年払
社員援護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 継続します 保険料払込方法を選択してください。	➡	<input checked="" type="checkbox"/> 自動払込 次頁の自動払込利用申込書に記入願います。	➡	<input checked="" type="checkbox"/> 年払 ※ご指定がない場合、 半年払といたします。
	<input checked="" 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。		※チェックがない場合、郵便振替といたします。		<input checked="" type="checkbox"/> 半年払

【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・サービスの提供のため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必要な対策を講じ
 ております。

郵政福祉使用欄	
返金	有・無
返金額	円

受付印

自動払込利用申込書のご記入について

災害保険・社員援護保険の退職後の保険料払込方法を「自動払込」にてお申し込みいただいた場合、必ずご記入、ご捺印のうえ併せてご提出ください。「印鑑」欄には、**通帳のお届け印**にてご捺印をお願いします。**キリトリ線でキリトリは不要です**ので、退職給付金請求書と併せてご提出ください。

～自動払込利用申込書記入例～

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	2 3 4 0	の 1 2 3 4 5 6 7 1
(フリガナ)	(〒105-0001)	ミナトクトラノモン	
おところ	東京都 港区虎ノ門1-14-1		
(フリガナ)	フリガナ	加入者番号	機関コード 入力状況
おなまえ	福祉太郎	-	済 未
電 話	市外局番 局番 番号 印鑑	加入者番号	
	0 3 3 5 0 2 3 7 6 8	-	
払込先口座番号	0 0 1 7 0 - 9 - 3 0 1 0	払込先加入者名	一般財団法人 郵政福祉
払込開始月	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)

赤枠内をすべてご記入ください。

通帳のお届け印をご捺印ください。

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。



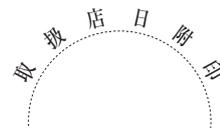
キリトリ線

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	の
(フリガナ)	(〒 -)		
おところ	都道府県		
(フリガナ)		加入者番号	機関コード 入力状況
おなまえ		-	済 未
電 話	市外局番 局番 番号 印鑑	加入者番号	
		-	
払込先口座番号	0 0 1 7 0 - 9 - 3 0 1 0	払込先加入者名	一般財団法人 郵政福祉
払込開始月	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