

# 給付金支給

退11号

◆退職金を給付する時に申請をします。

◆共済会と会員の2か所から退職金を給付する時

「退職所得の受給に関する申告書」はそれぞれの団体で保管します。それぞれの団体で源泉徴収を行います。後には支払う者は、先に給付された退職金も含めて、源泉徴収税額を計算しなければなりません。退職給与規程に基づく退職金の額は、共済会の給付金の額が内枠として含まれています。

会員が給付する退職金については、後に支払う者として源泉徴収を行います。

◆源泉徴収票を発行します。1部を会員で保管し、1部を退職者に交付します。

様式第11号

## 退職資金等給付申請書

公益社団法人  
沖縄県農林水産団体共済会 御中

年 月 日

契約者

団体名

団体長名

印

被共済者（又は受給者） ※1

住所

氏名

印

下記より退職資金給付金及び退職給付金の申請をいたします。

記

被共済者番号		被共済者名	
退職年月日	年 月 日	給付計算年月（年 月）	
[施設制度] 退職資金給付金の振込先 (団体口座)	金融機関名		
	支店名		
	預金種目	当座 / 普通	
	口座番号		
[共済制度] 退職給付金の振込先 (被共済者又は受給者の口座) ※2	金融機関名		
	支店名		
	口座番号(普通)		
	フリガナ		
		口座名義人	

(注) ※1、※2は役員の場合記入する必要はありません。(給付計算年月は記入不要)

年 月 日		年分 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書																																									
所在地(住所)	氏名	現住所	氏名																																								
名称(氏名)	個人番号	あなたの	個人番号																																								
法人番号(個人番号)	退職を受けた退職手当の支払者が記載してください。	その年1月1日現在の住所																																									
この入票には、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことのない場合は、下の目以下の各欄には記載する必要はありません。)																																											
A	① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日	年 月 日	年																																								
	② 退職の区分等	<input type="checkbox"/> 一般・障害の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 ( ) <input type="checkbox"/> 生活扶助の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																								
B	③ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日	年																																								
	④ 退職の区分等	<input type="checkbox"/> 一般・障害の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 ( ) <input type="checkbox"/> 生活扶助の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																								
C	⑤ 前年以前4年以内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合は、19年以内)に退職手当等を受けたことがある場合は、この欄に記載してください。	自 年 月 日 至 年 月 日	年																																								
	⑥ 退職の区分等	<input type="checkbox"/> 一般・障害の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 ( ) <input type="checkbox"/> 生活扶助の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																								
D	⑦ A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が重複している場合は、その重複された勤続期間等について、この欄に記載してください。	自 年 月 日 至 年 月 日	年																																								
	⑧ 退職の区分等	<input type="checkbox"/> 一般・障害の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 ( ) <input type="checkbox"/> 生活扶助の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																								
E	⑨ B又はCの退職手当等がある場合は、この欄にも記載してください。	自 年 月 日 至 年 月 日	年																																								
	⑩ 退職の区分等	<input type="checkbox"/> 一般・障害の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 ( ) <input type="checkbox"/> 生活扶助の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	うち 特定役員等勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間との重複勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 うち 短期勤続期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>退職手当等の支払を受けた年月日</th> <th>収入金額</th> <th>源泉徴収額</th> <th>控除額</th> <th>支払った日</th> <th>退職の区分</th> <th>支払者の所在地(住所・名称(氏名))</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定役員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>短期</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				区分	退職手当等の支払を受けた年月日	収入金額	源泉徴収額	控除額	支払った日	退職の区分	支払者の所在地(住所・名称(氏名))	一般						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害		特定役員						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害		短期						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害		C						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	
区分	退職手当等の支払を受けた年月日	収入金額	源泉徴収額	控除額	支払った日	退職の区分	支払者の所在地(住所・名称(氏名))																																				
一般						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害																																					
特定役員						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害																																					
短期						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害																																					
C						<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害																																					

# 給付金支給

死亡による退職 退11号

◆死亡退職した時は、退職者の遺族に給付金を支給します。

◆遺族の範囲を確認するため、除籍謄本等を提出して頂きます。  
遺族の範囲（当会規程により）

1. 配偶者
2. 直系卑属
3. 直系尊属
4. 兄弟姉妹
5. その他の親族

◆給付金額が100万円を超える時は、退職者と受給者の個人番号の提出が必要になります。

◆死亡後に支給される退職金は所得税は課税されず、相続税として課税されます。

給付金額が100万円を超える時は、税務署へ申告が必要です。

「退職所得の受給に関する申告書」は提出する必要はありません。

様式第11号

## 退職資金等給付申請書

公益社団法人  
沖縄県農林水産団体共済会 御中

年 月 日

契約者

団体名

団体長名

印

被共済者（又は受給者） ※1

住所

氏名

印

下記により退職資金給付金及び退職給付金の申請をいたします。

記

被共済者番号					被共済者名					
退職年月日		年	月	日	給付計算年月（	年 月）				
【施設制度】 退職資金給付金の振込先 (団体口座)	金融機関名									
	支店名									
	預金種目	当座 / 普通								
	口座番号				-					
	口座名義人									
【共済制度】 退職給付金の振込先 (被共済者又は受給者の口座) ※2	金融機関名									
	支店名									
	口座番号(普通)				-					
	フリガナ									
	口座名義人									

(注) ※1、※2は役員の場合記入する必要はありません。(給付計算年月は記入不要)