

年 月 日

退職共済金計算シミュレーション表 発行依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

法人名

代表者

担当者名

電話番号

FAX番号

下記加入者について、従事者共済会 退職共済金シミュレーション表の発行を依頼します。

1 シミュレーション表の発行を希望する施設・団体

施設番号	施設・団体名

2 対象加入者

加入者番号	加入者名	想定退職日		
		西暦	年	月末
		西暦	年	月末
		西暦	年	月末
		西暦	年	月末

3 必要時期

月 日頃までに必要

4 備考

※ 退職共済金シミュレーションは共済会システムから出力可能です。

※ 必要事項を記入し、従事者共済会へFAX（03-5283-6997）してください。法人代表者印は不要です。

※ 従事者共済会からの送付は原則はFAX送信です。郵送をご希望の場合は備考欄にご記入ください。