

退職金共済掛金内訳書(中小企業退職金共済制度)

事業所名	株式会社〇〇製作所		
電話番号		従業員数	〇〇人
住所	館林市〇〇〇町123-45		
代表者氏名 (共済契約者)	代表取締役 館林太郎		
共済契約番号	1234567	被共済者数	〇〇人
企業の共済契約日	令和〇〇年〇月〇日		

- 令和5年5月1日以降の契約であれば新規加入者として補助額が20%になります。
- 追加加入の場合は補助額10%です。

担当者	館林次郎
電話番号	0276-△△-1234

番号	被 共 済 者 氏 名	契 約 年 月 日	掛金月額	補助対象掛金月額 ※補助対象となる掛金月額上限は5,000円です。																				合 計	※ 補 助 金 額
				令和5年								令和6年													
				5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月				
1	花 山 太 郎	R5. 5. 1	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000							60,000	↑		
2	城 沼 花 子	R5. 7. 5	10,000			5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000					60,000	↑		
3	館 林 一 郎	R5. 7. 1 0	3,000			3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000					36,000	↑		
4	赤 城 三 郎	R5. 1 0. 1	6,000						5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000		60,000	記入しないでください		
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
合 計				5,000	5,000	13,000	13,000	13,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	13,000	13,000	5,000	5,000	5,000	0	216,000			

共済手帳のコピーを参照

すべてを満たす方が対象です。

①令和5年5月～令和5年10月の間で契約開始

②12カ月間の契約実績がある方が対象

- 枠の期間内に契約開始した方が対象になります。
- ※印の太枠は記入しないでください。
- 被共済者の退職金共済手帳又は掛金納付証明書の写しを添付してください。

記入例

共済手帳のコピーを参照

- すべてを満たす方が対象です。
- ①令和5年5月～令和5年10月の間で契約開始
 - ②12カ月間の契約実績がある方が対象