

様式及び記載例

退職届書

※所属機関の確認後、退職届書は直接地共済に提出してください。

所属機関とは？

所属する各課（または〇〇事務所等）のことです。
※所属所（総務事務センター等）ではありませんので、提出先にご注意ください！！

職員番号		組合員種別	短期組合員・一般組合員
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成
組合員氏名			
退職年月日	令和 年 月 日	退職時の所属機関名	

上記のとおり退職しましたので届けます。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿		令和 年 月 日	
組合員種別	短期組合員	一般組合員	
	<ul style="list-style-type: none"> 任期付職員（短時間） 再任用職員（短時間） 会計年度任用職員（フルタイム）※12ヶ月以内 会計年度任用職員（パートタイム） 臨時の任用職員 	<ul style="list-style-type: none"> 正規職員 任期付職員（フルタイム） 再任用職員（フルタイム） 会計年度任用職員（フルタイム）※13か月目以降 	
届出者	郵便番号	〒	電話番号
	退職後の住所		(自宅)
氏名		(携帯)	

以下、所属機関が記入する欄です。

令和 年 月 日	所属機関の長	職名 氏名	公印 省略
地共済受付印		所属機関受付印	所属機関担当者
			氏名
			連絡先

記入例

退職届書

※所属機関の確認後、退職届書は直接地共済に提出してください。

所属機関とは？

所属する各課（または〇〇事務所等）のことです。

※所属所（総務事務センター等）ではありませんので、提出先にご注意ください！！

職員番号	0 0 0 0 0 0 0	組合員種別	短期組合員・一般組合員
フリガナ	キウサイ タロウ	生年月日	昭和 4年 4月 1日 （平成）
組合員氏名	共済 太郎	退職時の所属機関名	△△部××課 (△△部××事務所)
退職年月日	令和 8年 3月 31日		退職日以降の日付を記入する

上記のとおり退職しましたので届けます。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 8年 3月 31日

組合員種別	短期組合員	一般組合員	
	・任期付職員（短時間） ・再任用職員（短時間） ・会計年度任用職員（フルタイム）※12ヶ月以内 ・会計年度任用職員（パートタイム） ・臨時の任用職員	・正規職員 ・任期付職員（フルタイム） ・再任用職員（フルタイム） ・会計年度任用職員（フルタイム）※13か月目以降	
届出者	郵便番号	〒 000-0000	電話番号
	退職後の住所	那覇市泉崎1-2-2 〇〇アパート101号室	(自宅) 000-0000-0000
	氏名	共済 太郎	(携帯) 000-0000-0000

以下、所属機関が記入する欄です。

上記のとおり退職したことを確認しました。

令和 8年 4月 1日	所属機関の長	職名 △△部××課 (△△部××事務所)
	氏名	□□ □□
地共済 印	所属機関	公印省略
退職日以降の日付を記入する		
<p>受</p> <p>所属機関とは？ 所属する各課（〇〇事務所等）のことです。</p> <p>（例）退職時に職員厚生課に在籍していた場合 職名：職員厚生課長 氏名：課長の氏名 となります。</p> <p>※所属所（総務事務センター等）ではありませんので、提出先にご注意ください！！</p>		

受付印

年金待機者等異動報告書

○ 年金待機者等欄 (組合員であった方)

ふりがな				生年 月日	明 大 昭 平	年 月 日
氏名						
ふりがな						
住所	〒 - TEL ()					
基礎年金番号						

退職年月日	昭・平・令 年 月 日	退職当時の 所属機関	
-------	-------------	---------------	--

○ 変更箇所欄

変更箇所 (当てはまる箇所に○を付してください。)	氏名・住所・死亡
異動(死亡)年月日	昭・平・令 年 月 日

(変更があった箇所にご記入ください。)

ふりがな		
氏名		
ふりがな		
住所	〒 - TEL ()	

○ 届出人(年金待機者ご本人の場合は記入不要です)

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

届出人 住所

氏名

続柄 ()

TEL ()

※ 亡くなられた場合は、遺族、相続人の方がご記入くださいますようお願いします。

第1編 退職後の年金について

- 【添付書類】
- ・氏名を変更された場合…戸籍謄本又は戸籍抄本
 - ・住所を変更された場合…住民票抄本
 - ・亡くなられた場合…亡くなられた方の戸籍謄本、戸籍抄本又は住民票（除票）

記入例

受

変更前の氏名又は住所

年金待機者等異動報告書

○ 年金待機者等欄 (組合員であった方)

ふりがな	きょうさい	たろう	生年 月日	明 大 昭 平	〇〇年〇〇月〇〇日							
氏名	共済	太郎										
ふりがな	おきなわけん なはしいずみざき 〇-〇-〇 きょうさいあばーと303											
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 沖縄県那覇市泉崎〇丁目〇番地〇号 共済アパート303号室 TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇											
基礎年金番号	9	4	0	0	-	1	2	3	4	5	6	年金手帳、基礎年金番号通知書等でご確認ください。
退職年月日	昭・平・令	〇〇年	〇〇月	〇〇日	退職当時の 所属機関	〇〇〇事務所						

- ・「退職年月日」「退職当時の所属機関」については、わかる範囲内でご記入ください。
- ・組合員であった期間が複数ある場合は、最後の退職に係る年月日をご記入ください。

○ 変更箇所欄

変更箇所 (ヨイヒはする箇所にいきをいしきくにさ い)	氏名	・	住所	・	死亡
異動(死亡)年月日	昭・平・令	〇〇年	〇〇月	〇〇日	

(変更があった箇所にご記入ください。)

ふりがな			変更後の氏名又は住所
氏名			
ふりがな	おきなわけん なはしあめく 〇-〇-〇 ちきょうあばーと303		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 沖縄県那覇市天久〇丁目〇番地〇号 地共アパート303号室 TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		

○ 届出人 (年金待機者ご本人の場合は記入不要です)

年金待機者等のご本人でない場合、
ご記入をお願いいたします。

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

届出人 住所

氏名

続柄 ()

TEL ()

年金受給権者再就職届書

(再び共済組合の組合員となった場合)

この届書は、**再就職先の共済組合**を経由して提出してください。

この届書に**当共済組合の年金証書**を添付してください。

年金証書 記号番号	8594-	年金の 種類	1 退職共済(老齢厚生・経 過的職域含む) 2 障害共済(障害厚生・経 過的職域含む)
--------------	-------	-----------	--

フリガナ		生年 月日	昭和 年 月 日
氏名		平成	

住所及び 電話番号	〒 () - () - ()
--------------	----------------------

再就職年月日	令和 年 月 日	組合員 種別	
--------	----------	-----------	--

所属共済組合の名称	
-----------	--

所属機関 又は 勤務先	名称	
	所在地	

上記の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属機関の長 職名

氏名

上記のとおり再就職したので届け出ます。

令和 年 月 日

地方職員共済組合理事長 様

年金受給権者再就職届書

(再び共済組合の組合員となった場合)

この届書は、**再就職先の共済組合**を経由して提出してください。
この届書に**当共済組合の年金証書**を添付してください。

ただし、当共済組合の年金受給権者が、再び同じ道府県の組合員（公務員）になった場合は、年金証書の添付は不要となります。

年金証書 記号番号	8594-00-00000000	年金の 種類	1 退職共済(老齢厚生・経過的職域含む) 2 障害共済(障害厚生・経過的職域含む)
--------------	------------------	-----------	--

フリガナ	キヨウサイ ハナコ		生年 月日	昭和 ○○年○○月○○日 平成
氏名	共済 花子			
住所及び 電話番号	〒○○○-○○○○ 東京都千代田区平河町2丁目4番9号 (○○○)-(○○○)-(○○○○)			
再就職年月日	令和○○年○○月○○日		組合員 種別	一般組合員
所属共済組合の名称	○○○○共済組合			
所属機関 又は 勤務先	名称	○○○○市立病院		
	所在地	東京都千代田区平河町2丁目4番9号		

上記の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。

令和○○年○○月○○日
所属機関の長 職名 ○○市 病院管理者

氏名 ○ ○ ○ ○

上記のとおり再就職したので届け出ます。

令和○○年○○月○○日
地方職員共済組合理事長 様

第1編 退職後の年金について

退職等年金給付用						
退職年金決定請求書						
	支部	年金証書記号番号				
		給料記録番号				
下記のとおり請求します。 地方職員共済組合 理事長様 年 月 日		フリガナ				
		氏名				
		生年月日				
基礎年金番号			個人番号			
フリガナ						
住所	都道府県 市・区 郡					
電話番号	() -		() -			
障害を給付事由とする年金の受給の有無	有 ・ 無	左欄が「有」の場合、年金の名称等	年金の名称	年金証書記号番号	受給権発生年月日	
					年 月 日	
退職年月日等	退職年月日		退職当時の所属機関の名称	過去の有期一時金又は整理退職一時金の受給の有無	受給権発生年月日	
				有・無		
退職年金の繰上げ請求等	繰上げ	繰上げ請求年月日		禁錮刑以上の処罰等の有無	(参考) 終身退職年金の見込額	
	有・無	令和年月日		有・無	円 (年金見込額)	
有期退職年金に係る申出次のアヘウのうち、希望される受給方法を必ず○で囲んでください。	ア	20年	円 (年金見込額)	イ 10年※ (年金見込額)	円 ウ 一時金※ (年金見込額)	円 (一時金見込額)
年金受取金融機関	老齢厚生年金と同じ年金受取口座を選択する場合は右欄に✓をしてください。 なお、老齢厚生年金と異なる口座を希望する場合は、裏面に年金受取金融機関を記入し、金融機関またはゆうちょ銀行の証明印を受けて提出してください。					<input checked="" type="checkbox"/>

※受給方法の申出は、退職年金の給付事由発生日から6月以内である場合に限ります。

※申出欄に記載がない場合又は給付事由発生日から6月を超えている場合は20年になります。

※老齢厚生年金を請求していない方は、必ず裏面の「年金受取金融機関」欄へ記入し、金融機関またはゆうちょ銀行の証明印を受けて提出してください。

支部受付印 本部受付印

第1編 退職後の年金について

記入例		退職年金決定請求書					
		○○県	支部	年金証書記号番号	8594-000000000000		
				給料記録番号	8500-000000000000		
下記のとおり請求します。			フリガナ	キヨサクタウ			
提出日を記入 地方職員共済組合 理事長様 令和7年4月1日			氏名	共済太郎			
			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
基礎年金番号	0123-456789		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
フリガナ	トキヨウトヨダクヒカラチヨウ 2-4-9						
住所	〒102-8601 東京 都道府県 千代田 市・区 平河町2-4-9						
電話番号	(〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇		(〇〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇				
障害を給付事由とする年金の受給の有無	有 → 無	左欄が「有」の場合、年金の名称等	年金の名称	年金証書記号番号	受給権発生年月日		
					年	月	日
退職日を記入 退職年月日等	退職年月日		退職当時の所属機関の名称	過去の有期一時金又は整理退職一時金の受給の有無	受給権発生年月日		
	令和7年3月31日		○○県	有・無	令和7年3月31日		
退職年金の繰上げ請求等	繰上げ	繰上げ請求年月日		禁錮刑以上の有無	(参考) 終身退職年金の見込額		
	有・無	令和年月日		有・無	***,***円 (年金見込額)		
有期退職年金に係る申出次のア～ウのうち、希望される受給方法を必ず〇で囲んでください。	ア	20年	***,***円 (年金見込額)	イ 10年※	***,***円 (年金見込額)	ウ 一時金※	***,***円 (一時金見込額)
年金受取金融機関	老齢厚生年金受取口座を選択する場合は右欄に✓をしてください。 あらかじめ年金見込額を記入して送付しますので、希望する受給方法 (ア 20年、イ 10年、ウ一時金)を選択してください。						<input checked="" type="checkbox"/>
※受給方法の申出は、退職に限ります。 ※申出欄に記載がない場合又は給付事由発生から6月を超えている場合は20年になります。 ※老齢厚生年金を請求していない方は、必ず裏面の「年金受取金融機関」欄へ記入し、金融機関またはゆうちょ銀行の証明印を受けて提出してください。							
				支部受付印	本部受付印		

第1編 退職後の年金について

公務員共済独自項目																																																							
※ 年金からの所得控除(寡婦控除、障害者控除、配偶者控除、扶養控除などの人的控除)を希望される方は、下記の公的年金等の受給者の扶養親族等申告書についてご記入ください。																																																							
対象年 (提出年)	令和 年 分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書																																																						
(1)ご本人のカナ氏名、生年月日、住所、基礎年金番号を確認し、氏名および個人番号(マイナンバー)をご記入ください。																																																							
氏名	生年月日																																																						
住所																																																							
郵便番号	個人番号(マイナンバー)																																																						
基礎年金番号																																																							
提出日、電話番号をご記入のうえ、配偶者の有無、性別を○で囲んでください。																																																							
提出日	令和 年 月 日 提出	配偶者の有無	有・無																																																				
電話番号	— —	性別	男・女																																																				
(2)上記の対象年の扶養親族等の状況についてご記入ください。 (ご本人に控除対象配偶者や扶養親族がなく、ご本人自身が障害者・寡婦等に該当しない場合は、下記事項を記入する必要はありません。)																																																							
<p>「令和8年分 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書」は、対象者に後日配布いたします。</p> <table border="1"> <tr> <td>扶養親族 (16歳未満)</td> <td>年 生年月日</td> <td>月 異動月日 及び事由</td> <td>日 特別障害</td> <td>居 別居 非居住者</td> <td>万円(年間)</td> </tr> <tr> <td>氏名(フリガナ)</td> <td>姓 姓 名</td> <td>年 年 月 日</td> <td>月 月 日</td> <td>名 姓 名</td> <td>万円(年間)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住 所</td> <td></td> <td></td> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>他の所得者が控除を受ける扶養親族等</td> <td>年 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>年 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>摘要</td> <td colspan="3"></td> <td>本人障害 普通障害 特別障害</td> <td>配偶 ひとり親 寡婦</td> </tr> <tr> <td>か</td> <td colspan="3"></td> <td>寡婦 ひとり親</td> <td></td> </tr> </table> <p>※「扶養親族(16歳未満)」欄は、地方税法第45条の3の3および第317条の3の3の規定による「公的年金等受給者の扶養親族申告書」の記載欄を兼ねています。</p> <p>(3)あなたが年金の支払いを受ける支払者(申告先)に団を一つ入れてください。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="8">年金の 支払者 (申告先)</td> <td><input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会</td> <td>2010005002559</td> <td rowspan="8">実施機関記入欄</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合</td> <td>2700150001147</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合団体共済部</td> <td>8700150003179</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 公立学校共済組合</td> <td>9700150000813</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 警察共済組合</td> <td>2700150005742</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 東京都公務員共済組合</td> <td>4010005002573</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 全国市町村公務員共済組合連合会</td> <td></td> </tr> </table> <p>※提出年より前に年金が受けられる場合は、過去の年分の扶養親族等申告書をすべて提出していただくことになります。</p>				扶養親族 (16歳未満)	年 生年月日	月 異動月日 及び事由	日 特別障害	居 別居 非居住者	万円(年間)	氏名(フリガナ)	姓 姓 名	年 年 月 日	月 月 日	名 姓 名	万円(年間)	住所	住 所			住 所		他の所得者が控除を受ける扶養親族等	年 年 月 日			年 年 月 日		摘要				本人障害 普通障害 特別障害	配偶 ひとり親 寡婦	か				寡婦 ひとり親		年金の 支払者 (申告先)	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会	2010005002559	実施機関記入欄	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合	2700150001147	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合団体共済部	8700150003179	<input type="checkbox"/> 公立学校共済組合	9700150000813	<input type="checkbox"/> 警察共済組合	2700150005742	<input type="checkbox"/> 東京都公務員共済組合	4010005002573	<input type="checkbox"/> 全国市町村公務員共済組合連合会	
扶養親族 (16歳未満)	年 生年月日	月 異動月日 及び事由	日 特別障害	居 別居 非居住者	万円(年間)																																																		
氏名(フリガナ)	姓 姓 名	年 年 月 日	月 月 日	名 姓 名	万円(年間)																																																		
住所	住 所			住 所																																																			
他の所得者が控除を受ける扶養親族等	年 年 月 日			年 年 月 日																																																			
摘要				本人障害 普通障害 特別障害	配偶 ひとり親 寡婦																																																		
か				寡婦 ひとり親																																																			
年金の 支払者 (申告先)	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会	2010005002559	実施機関記入欄																																																				
	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合	2700150001147																																																					
	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合団体共済部	8700150003179																																																					
	<input type="checkbox"/> 公立学校共済組合	9700150000813																																																					
	<input type="checkbox"/> 警察共済組合	2700150005742																																																					
	<input type="checkbox"/> 東京都公務員共済組合	4010005002573																																																					
	<input type="checkbox"/> 全国市町村公務員共済組合連合会																																																						