※一時金を選択された場合は、**太枠内**のご記入・ご捺印をお願いします。

年分 退職所得の受給
退職所得

ご署名・ご捺印ください。

年 月 日		税務署長 殿 市町村長	
退職手当等の支払者の所在地(住所)	〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-1-9 南部ビル1階	あ 現住所	〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-1-9 南部ビル1階
名(氏)	生協 花子	氏 名	生協 花子
法人(個人)		個人番号(マイナンバー)	012345678901
		その年1月1日現在の住所	〒 同上 現住所と同じ場合は、「同上」とご記入ください。

退職した年の1月1日現在の住所を記入してください。
※現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。

必ずご捺印ください

退職所得の受給について	事業所、金融機関、生命保険会社、 中小企業退職金共済会等	受給している ()	受給していない ()
-------------	---------------------------------	------------	-------------

退職した年の1月1日現在で、生活保護を受給している場合は「有」、受給していない場合は「無」に○をしてください。

事業所等から退職金を受け取っている方は「受給している」、受け取っていない方は「受給していない」に○をしてください。
※受給しているに○をした方は「退職所得の源泉徴収票」を必ず提出してください。

このA欄には、すべて(あなたが、前に退職手当等を受付けたこととなった年月日)		以下の各欄には記載する必要がありません。	
① 退職手当等の支払を受けたこととなった年月日		うち 特定役員等	
② 退職の区分等	一般 () ・ 障害 ()	生活扶助の有・無	有 () ・ 無 ()

退職の区分は、障害が理由で退職の場合は「障害」、その他の場合は「一般」に○をしてください。
※障害の場合はカッコ内に障害者手帳の交付年月日等を記入してください。

④ 本年中に退職手当期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 特定役員等			うち 特定役員等勤続期間	有 自 年 月 日	無 至 年 月 日
			うち 重複勤続期間	有 自 年 月 日	無 至 年 月 日

あなたが前年に退職手当等を受付けたことのある場合には、このC欄とE欄に記載してください。		⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間		自 年 月 日	至 年 月 日
⑥ 前年以前4年内(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には、14年内)の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑧ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間	自 年 月 日	至 年 月 日
			⑨ うち特定役員等勤続期間との重複勤続期間	有 自 年 月 日	無 至 年 月 日

記入は不要です。

AまたはBの退職手当等について(勤続期間のうち、前年以前4年内(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には、14年内)の退職手当等については、14年内)の退職手当等については、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。		⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間		自 年 月 日	至 年 月 日
⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 特定役員等勤続期間	有 自 年 月 日	無 至 年 月 日	⑫ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日	至 年 月 日
⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑬ うち⑧と⑨の通算期間	自 年 月 日	至 年 月 日
うち 特定役員等勤続期間	有 自 年 月 日	無 至 年 月 日			

BまたはCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。							
区分	退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額	支払を受けた年月日	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
Bの退職手当等について	一般	円	円	円	年 月 日	一般・障害	
	特定役員	円	円	円	年 月 日	一般・障害	
Cの退職手当等について	年 月 日	円	円	円	年 月 日	一般・障害	