

RETIREMENT BENEFITS

理学療法士の退職金確認シート

※本紙は確認用です。制度の有無や支給条件は勤務先の規程等で確認してください。

勤務先・法人名	_____	確認日	_____
確認者	_____	窓口（人事・総務など）	_____
勤続年数（見込み）	_____	退職予定時期	_____

最初に固定する6点（制度確認）		
確認項目	チェック（できたら□に✓）	メモ
制度類型	<input type="checkbox"/> 規程型 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> DB / DC	支給元を分ける
規程入手	<input type="checkbox"/> 規程 <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> 別表	PDF 有無
勤続年数	<input type="checkbox"/> 入職日 <input type="checkbox"/> 退職予定日	区切り年数
支給条件	<input type="checkbox"/> 最低年数 <input type="checkbox"/> 減額 <input type="checkbox"/> 不支給	自己都合確認
計算要素	<input type="checkbox"/> 基礎賃金 <input type="checkbox"/> 月数 <input type="checkbox"/> 係数	式を確認
手続き	<input type="checkbox"/> 申告書 <input type="checkbox"/> 支給日 <input type="checkbox"/> 窓口	期限記録

退職金見込み整理（制度別メモ）			
項目	確認欄	見込み / 条件	根拠メモ（短文）
規程型	有 / 無		
共済	有 / 無		
DB / DC	有 / 無		
自己都合係数			
勤続年数の区切り			
支給日・期限			
総合メモ			

次の一手メモ（確認先・期限・比較条件など）