

同居親族に係る確認書 (チェックシート)

当事業所において雇用する事業主の同居の親族について、下記のとおり確認しましたので届け出ます。

年 月 日

独立行政法人勤労者退職金共済機構
中小企業退職金共済事業本部 殿

共済契約者番号.....

共 済 契 約 者 住 所.....

氏名又は名称..... 印

電 話.....

被共済者番号	氏 名	同居の親族が「従業員」であることの確認(退職の場合は退職前日までの状況)				押印又は署名 (注)4
		具体的な仕事の依頼・指示等に対して自由に拒否することはできない。	仕事の内容・方法について、事業主の具体的な指揮命令を受けている。	勤務場所及び勤務時間が決められ管理されている。	事業主の指揮監督の下で行なう労働に対して、報酬が支払われている。	
		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	

(注) 1 中小企業退職金共済制度に加入できるのは、法令により、従業員に限ることとされています。

2 この確認書が提出されない場合には、同居の親族である被共済者の方々が「従業員」であることの確認ができませんので必ず提出してください。

3 同居の親族である被共済者の方への退職金支給は、当該被共済者の方が「従業員」であることが確認できた場合に限りです。

4 被共済者の押印又は署名の欄には、被共済者本人が押印 (インク浸透 (充填) 式のゴム印又はスタンプ印は不可) 又は署名 (フルネーム) してください。