

遺族共済年金 決定 請求書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。 欄には記入しないでください。

年金証書記号番号	86 - 	給料記録番号 ^[214]	86 -
下記のとおり請求します。 全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様		フリガナ ^[201]	
平成 年 月 日		氏 名	(印)
		性別 ^[202]	男・女
		生年月日 ^[203]	大正 昭和 平成 年 月 日
基礎年金番号 ^[261]	 	元組員との続柄 ^[204]	
フリガナ ^[209]	 		
住 所	〒 都 道 府 県 市・区 郡 		
住所コード ^[209]	 		
電 話 番 号 ^[210]	() - ()		携 帯 電 話 番 号 等 ^[220] () - ()
年金受取機関 ^[212] <small>(金融機関・郵便局のいずれか一方に記入し、年金受取機関から確認印を受けてください)</small>	金融機関名	本店(所) 支店(所)	口座番号(右詰)
	金融機関コード	店舗コード	
郵便局	ゆうちょ銀行	通帳記号(左詰)	通帳番号(右詰)
年金受取機関の確認印			
年金受取機関の確認印を受けない場合は通帳の写しを添付してください			
受給中の年金 ^[441] <small>(停止または請求中の年金も記入してください)</small>	公的年金制度名	年 金 種 別	年金証書記号番号 受給権発生年月日 選択
	 	 	昭・平 年 月 日
フリガナ ^[205]			性 別 ^[206] 生 年 月 日 ^[207]
元組員氏名 ^[252]	男・女		大正・昭和・平成 年 月 日
	年金証書記号番号 86 - 		
基礎年金番号 ^[263]	所属所番号 ^[211]		証番号
資格取得年月日及び退職年月日 ^[502]	資格取得年月日	退 職 事 由	退 職 年 月 日
	昭・平 年 月 日	定年・普通・勸奨・死亡・その他	昭・平 年 月 日
死亡年月日等 ^[208]	死 亡 事 由	死 亡 年 月 日	受給権発生年月日 ^[501] 事由 特例
	公務・通勤・公務外	平成 年 月 日	4
元組員の受給年金 ^[441] <small>(停止または請求中の年金も記入してください)</small>	公的年金制度名	年 金 種 別	年金証書記号番号 受給権発生年月日 選択
	 	 	昭・平 年 月 日
過去に受給した退職一時金等の受給状況 ^[223]	給付の名称	受給年月日	受給額 希望する返還方法 ^[221]
		昭和 年 月 日	円 年金から控除・その他※
		昭和 年 月 日	円 年金から控除・その他※

※「その他」を選択した場合には、別途「既給一時金返還申出書」の提出が必要となります。

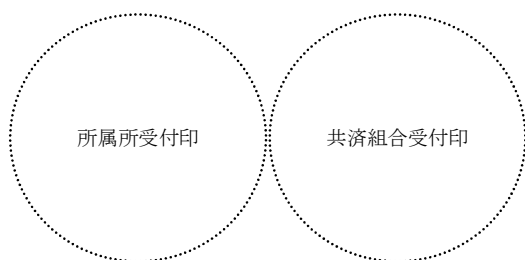
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属機関の所在地

所属機関の長の証明 所属機関名

所属機関の長の職氏名 (印)



【備考】 	平成 年 月 支給期決定 【2面】 [有・無]
--	-------------------------

遺族共済年金 決定 請求書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。 欄には記入しないでください。

年金証書記号番号	86	-							
----------	----	---	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求します。 全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様 平成 年 月 日	フリガナ ^[201]			
	氏 名 ^[251]	(印)		
	性別 ^[202]	男・女	生年月日 ^[203]	大正 昭和 平成

○在職死亡等に係る申出について

法第99条第2項に係る申出の有無	有・無(短期要件)
------------------	-----------

○子のある妻の遺族基礎年金支給状況について

法第99条の4第3項該当の有無	〔遺族基礎年金の受給権を妻が有しない場合で子が有する場合〕	有・無
-----------------	-------------------------------	-----

○元組合員の公的年金加入状況について

元組合員が加入した ことのある公的年金	・国民年金 ・厚生年金 ・船員保険（S61.4以降を除く） ・農林年金 ・私学共済 ・加入なし
------------------------	--

○請求者の障害状態について

障 害 状 態	異動年月 ^[504]	等 級
有・無	4	

○請求者以外の遺族及びその遺族が請求者と同順位者である場合の同意書

遺族の認定において、請求者と同順位の場合は、地方公務員等共済組合法施行規程第134条第3項の規定により請求者を代表者とします。

続柄	遺族氏名(フリガナ)	生 年 月 日	住 所	年金受給	障害の有無
	(印)	大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無
	(印)	大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無
	(印)	大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無

○死亡事由が、公務または通勤災害によるものである証明書

遺族補償を受ける者の氏名	遺族補償を受ける者の生年月日	補償事由発生日	遺族補償の金額
	昭和・平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
	昭和・平成 年 月 日	地方公務員災害補償法第46条の規定の適用の有無	有・無

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

災害補償の実施機関の長 職 名
氏 名 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属機関の所在地

所属機関の長の証明 所属機関名

所属機関の長の職氏名 (印)

