

遺族一時金決定請求書

※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。※請求者自ら署名する場合には、押印不要です。

下記のとおり請求します。										フリガナ ⁽²⁰¹⁾														
全国市町村職員共済組合連合会 理事長様										氏名 ⁽²⁵¹⁾														
平成 年 月 日										性別 ⁽²⁰²⁾	男・女	生年月日 ⁽²⁰³⁾	昭和・平成 年 月 日		(印)									
基礎年金番号 ⁽²⁶¹⁾		一	元組合員との続柄 ⁽²⁰⁴⁾				障害状態	有・無																
フリガナ ⁽²⁰⁹⁾		〒 -																						
住所 ⁽²⁵⁵⁾		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⁾		() -															
年金受取金融機関 ⁽²¹²⁾ 金融機関・郵便局のいざれか一方に記入し、年金受取機関から確認印を受けてください。		金融機関名				本店(所) 支店(所)			口座番号(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。											
		金融機関コード				店舗コード																		
郵便局		ゆうちょ銀行				通帳番号(左詰)			通帳番号(右詰)															
フリガナ ⁽²⁰⁵⁾							性別 ⁽²⁰⁶⁾		生年月日 ⁽²⁰⁷⁾															
元組合員氏名 ⁽²⁵²⁾							男・女		昭和・平成 年 月 日															
元組合員の基礎年金番号 ⁽²⁶³⁾		一	元組合員の所属機関の名称																					
死亡年月日等 ⁽²⁰⁸⁾		死亡年月日			退職事由 ⁽⁵⁰²⁾					退職年月日														
受給権発生年月日等 ⁽⁵⁰¹⁾		平成 年 月 日			定年・普通・勤続・その他				平成 年 月 日															
		受給権発生年月日		事由																				
		4																						

○請求者以外の遺族

続柄	遺族氏名(フリガナ)	生年月日	障害の有無
	昭和 年 月 日 平成	有・無
	昭和 年 月 日 平成	有・無

所属所受付印

共濟組合受付印

【備考】 平成 年 月 支給期決定