

所属所 番号		証番号	
-----------	--	-----	--

退職等年金給付用

遺族一時金決定請求書

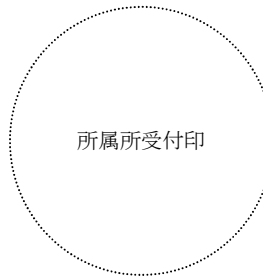
※太線の枠内に必要事項を記入してください。□欄には記入しないでください。

一時金決定番号	8	給料記録番号	8
---------	---	--------	---

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]	
令和 年 月 日	性別 ^[202] 男・女	生年月日 ^[203] 昭和・平成 年 月 日	令和 年 月 日
個人番号または 基礎年金番号(左詰) ^[261]	元組合員との続柄 ^[204]	障害状態	有・無
フリガナ ^[209]	住所 ^[255]		
住所 ^[209]	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 のいずれか一方に 記入し、年金受取 機関から証明を受 けてください。	金融機関名	本店(所) 支店(所)	口座番号(右詰)
	金融機関コード	店舗コード	
	郵便局	通帳記号(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]	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
	平成 年 月 日	定年・普通・勸奨・死亡・その他	平成 年 月 日
受給権発生年月日等 ^[501]	受給権発生年月日	事由	

○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 平成 年 月 日 令和	有・無
		昭和 平成 年 月 日 令和	有・無



【備考】	令和 年 月 支給期決定
------	--------------