

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 <sup>[201]</sup>	
全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様		氏名 <sup>[251]</sup>	
令和 年 月 日		性別 <sup>[202]</sup>	生年月日 <sup>[203]</sup> 昭和・平成 年 月 日
基礎年金番号 <sup>[261]</sup>		元組合員との続柄 <sup>[204]</sup>	障害状態 有・無
フリガナ <sup>[209]</sup>	〒 都道府県 市・区 郡		
住所 <sup>[255]</sup>			
住所コード <sup>[209]</sup>			
電話番号 <sup>[210]</sup>	( ) - ( )	携帯電話番号等 <sup>[220]</sup>	( ) - ( )
一時金受取機関 <sup>[212]</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> ① 遺族厚生年金と同じ年金受取機関・口座を指定 <input checked="" type="checkbox"/> ② ①以外の一時金受取機関・口座を指定		
いずれか一方に記入してください。	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)
	ゆうちょ銀行		
<input checked="" type="checkbox"/> 上記②に記載の口座が公金受取口座として登録済の場合 <small>(公金受取口座を指定する場合、通帳もしくはキャッシュカードのコピーまたは一時金受取機関の証明は不要です。)</small>			
フリガナ <sup>[205]</sup>	性別 <sup>[206]</sup>	生年月日 <sup>[207]</sup>	
元組合員氏名 <sup>[252]</sup>	男・女	昭和・平成 年 月 日	
元組合員の基礎年金番号 <sup>[263]</sup>	元組合員の所属機関の名称		
死亡年月日等 <sup>[208]</sup>	死亡年月日	退職事由 <sup>[502]</sup>	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 <sup>[501]</sup>	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 令和 年 月 日	有・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	有・無



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