

所在不明による

支給停止

支給停止解除

申請書

※太線の枠内に必要事項を記入してください。黄色い欄には記入しないでください。※申請者自ら署名する場合には、押印不要です。

※公務遺族年金受給権者が1年以上所在不明である場合は同順位者が提出してください。

年金証書記号番号	8	-																		
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり申請します。		フリガナ <small>【201】</small>			
全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様		申請者氏名 <small>【251】</small>		①	
平成 年 月 日		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
個人番号または基礎年金番号(左詰) <small>【261】</small>		元組員との続柄 <small>【204】</small>			
フリガナ <small>【209】</small>					
住所 <small>【255】</small>	〒 - 都道府県 市・区 郡				
住所コード <small>【209】</small>					
電話番号 <small>【210】</small>	( ) -		携帯電話番号等 <small>【220】</small>	( ) -	
年金受取金融機関 <small>【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。	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		通帳番号(左詰)	通帳番号(右詰)	
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(退職等年金給付含む。) <small>【441】</small> <small>【952】</small>  停止または請求中の年金も記入してください。	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
				平成 年 月 日	
フリガナ <small>【201】</small>			性別	生年月日	
元組員氏名 <small>【251】</small>			男・女	昭和・平成 年 月 日	

所在不明である者	氏名	性別	生年月日
		男・女	昭和平成 年 月 日

- ※ 以下の書類を添付してください。
- ・公務遺族年金受給権者が1年以上所在不明である場合はその事実を証明する書類
  - ・申請者が他の公的年金の受給権を有する場合はその年金証書の写し
  - ・申請者が受給権を有する他の退職等年金給付が併給調整の対象となる年金の場合は支給年金額が確認できる書類

