

所属所 番号	証番号
-----------	-----

退職等年金給付用

公務障害年金決定請求書

※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。※請求者自ら署名する場合には、押印不要です。

年金証書記号番号	8	給料記録番号	8
下記のとおり請求します。		フリガナ	
全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様		氏名	
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)	所属機関の名称		
フリガナ			
住所	〒 都道府県 市・区 郡		
住所コード			
電話番号	() - ()	携帯電話番号等	() - ()
年金受取金融機関	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	
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。	郵便局	通帳番号(左詰)	通帳番号(右詰)
	ゆうちょ銀行		
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(退職等年金給付含む。)	公的年金制度名	年金種別	年金証書記号番号
平成 年 月 日			
受給権発生年月日			
選択			
退職年月日等	退職事由	退職年月日	受給権発生年月日
	定年・普通・勸奨・その他	平成 年 月 日	4
障害等級等	異動年月	障害等級	障害初診日
4		平成 年 月 日	
		障害認定日	第三者行為該当の有無
			有・無
傷病名等	傷病名	コード	治療の状態
			治療の年月日
			有期固定
			有・無
障害・遺族厚生年金の納付要件について	厚年法第47条第1項ただし書き該当の有無(納付要件を欠く場合)	厚年法第58条第1項ただし書き該当の有無(納付要件を欠く場合)	
	有・無	有・無	

所属所受付印

共済組合受付印

【備考】

平成 年 月 支給期決定