

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。

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	[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
個人番号または 基礎年金番号(左詰)	[261]	所属機関の名称						
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]	金融機関名	本店(所) 支店(所)	口座番号(右詰)	年金受取機関の証明欄			
	金融機関コード	店舗コード	請求者氏名フリガナと口座 名義人フリガナが同じであ ることをご確認ください。					
郵便局	ゆうちょ銀行	通帳記号(左詰)	通帳番号(右詰)	通帳のコピーを添付する場 合、証明は不要です。				
受給中の年金 (退職等年金給付含む。)	[441] [952]	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		
停止または請求中 の年金も記入して ください。					年 月 日			
退職年月日等	[502]	退職事由	退職年月日	受給権発生年月日	[501]	事由		
		定年・普通・勸奨・その他	平成 令和 年 月 日					
障害等級等	[504]	異動年月	障害等級	障害初診日	[505]	障害認定日	[506]	第三者行為該当の有無
			平成 令和 年 月 日					有・無
傷病名等	[523]	傷病名	コード	治癒の状態	治癒の年月日	有期固定	[526]	
				有・無	平成 令和 年 月 日			
				禁錮刑以上の処罰の有無	有・無			
障害・遺族厚生年金 の納付要件について	[952]	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】

令和 年 月 支給期決定