

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。※請求者自ら署名する場合には、押印不要です。

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】}	
平成	年	月	日
性別 ^{【202】}	男・女	生年月日 ^{【203】}	昭和・平成 年 月 日
基礎年金番号 ^{【261】}		元組合員との続柄 ^{【204】}	障害状態 有・無
フリガナ ^{【209】}	〒		
住所	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)
		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。	
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
		年金証書記号番号	8
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・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	
	4		

○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	有・無
		昭和 平成 年 月 日	有・無



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