

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	[214] 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]	() -
年金受取機関 [212]	<input checked="" type="checkbox"/> ① 障害厚生年金と同じ年金受取機関・口座を指定 <input checked="" type="checkbox"/> ② ①以外の年金受取機関・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年金受取機関の証明は不要です。)</small>		
受給中の年金 [441] (退職等年金給付含む。) [952]	公的年金制度名	年金種別	年金証書記号番号
(停止または請求中 の年金も記入して ください。)			受給権発生日月日 [501]
			年 月 日
退職年月日等 [502]	退職事由	退職年月日	受給権発生日月日 [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]
		平成 令和 年 月 日	障害認定日 [506]
			第三者行為該当の有無
			有・無
傷病名等 [523]	傷病名	コード	治療の状態
			治療の年月日
			有期固定 [526]
			有・無
			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