

# 遺族共済年金 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	-							
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求します。 全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様  令和 年 月 日	フリガナ <sup>[201]</sup>				
	氏名 <sup>[251]</sup>				
	性別 <sup>[202]</sup>	男・女	生年月日 <sup>[203]</sup>	大正 昭和 平成	年 月 日

### ○在職死亡等に係る申出について

法第99条第2項に係る申出の有無	有・無(短期要件)
------------------	-----------

### ○子のある配偶者の遺族基礎年金支給状況について

法第99条の4第3項該当の有無	〔遺族基礎年金の受給権を配偶者が有しない場合で子が有する場合〕	有・無
-----------------	---------------------------------	-----

### ○元組合員の公的年金加入状況について

元組合員が加入した ことのある公的年金	・国民年金 ・厚生年金 ・船員保険（S61.4以降を除く） ・農林年金 ・私学共済 ・加入なし
------------------------	--

### ○請求者の障害状態について

障害状態	異動年月 <sup>[504]</sup>	等級
有・無	4	

### ○請求者以外の遺族及びその遺族が請求者と同順位者である場合の同意書

遺族の認定において、請求者と同順位の場合は、地方公務員等共済組合法施行規程第134条第3項の規定により請求者を代表者とします。

続柄	遺族氏名（フリガナ）	生 年 月 日	住 所	年金受給	障害の有無
		大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無
		大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無
		大正 昭和 平成 年 月 日		有・無	有・無

### ○死亡事由が、公務または通勤災害によるものである証明書

遺族補償を受ける者の氏名	遺族補償を受ける者の生年月日	補償事由発生日	遺族補償の金額
	昭和・平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
	昭和・平成 年 月 日	地方公務員災害補償法第46条の規定の適用の有無	有・無

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日  
 災害補償の実施機関の長 職 名  
 氏 名

