

遺族共済年金転給申請書

※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	-																		
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり申請します。 全国市町村職員共済組合連合会 理事長 様		フリガナ ^[201] 申請者氏名			
令和 年 月 日		性別 ^[202] 男・女	生年月日 ^[203]	大正 昭和 平成 年 月 日	
基礎年金番号 ^[261]			元組合員との続柄 ^[204]		
フリガナ ^[209] ^[255]	〒 市 区 郡				
住所	都 道 府 県				
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] <small>(金融機関・郵便局のいずれか一方に記入し、年金受取機関から証明を受けてください)</small>	金融機関	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 <small>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。</small>
	金融機関コード	店舗コード			
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 ^[441] <small>(停止または請求中の年金も記入してください)</small>	公的年金制度名	年金種別	年金証書記号番号	受給権発生日	選択
				年 月 日	
フリガナ ^[205] ^[252]	性別 ^[206]	生 年 月 日 ^[207]			
元組合員氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日			

所在不明である者	氏 名	性別	生 年 月 日		
		男・女	大・昭・平 年 月 日		
権利を失った者	氏 名	性別	生 年 月 日	失 権 年 月 日	失 権 事 由
		男・女	大・昭・平 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	

○申請者と同順位者がある場合、当該同順位者から申請・受領の代表同意を受けてください。

地方公務員等共済組合法施行規程第137条第3項の規定により上記申請者を代表者とします。

続 柄	同 順 位 者 氏 名	生 年 月 日	住 所	年 金 受 給
		大・昭・平 年 月 日		有・無
		大・昭・平 年 月 日		有・無

※ 以下の書類を添付してください。

- 死亡、婚姻、養子縁組・離縁等の失権の事実を証明する書類
- 年金受給権者が1年以上所在不明であることにより転給する場合はその事実を証明する書類
- 失権した同順位者または先順位者の遺族共済年金の年金証書

