

公務傷病年金改定請求書

市議会議員共済会会長 殿

市区コード	市区名
	市区

請求日	令和 年 月 日
-----	----------

請求者	旧会員番号		基礎年金番号		—			
	フリガナ	(氏)	(名)	☑	性別	1.男 2.女	生年月日	明治・大正・昭和
	氏名 (戸籍名)						年 月 日	
	郵便番号	—	電話連絡先	()	—			
	フリガナ							
住所								

退職した議会	都道府県	市区議会	退職年月日	平成・令和
				年 月 日

下記により、公務傷病年金を改定されるよう証拠書類を添えて請求します。

改定請求の事由	
---------	--

年金受取金融機関	金融機関名			
	コード	フリガナ	銀行・信託銀行・信用金庫 労働金庫・商工金庫・農林金庫 信用組合・農協・信農連・信漁連	
	店名		預金種目 (○で選択)	1.普通預金 2.当座預金
	コード	フリガナ	口座番号	
備考	本店・支店・出張所 本所・支所			

公務傷病年金の改定を請求する場合は年金証書を添付してください。添付できない場合は下記に記入してください。年金証書を添付することができないので届けます。

年金証書の添付	紛失の理由	年金証書紛失届欄	☑
1.有 2.無	1.亡失 2.その他()	※添付が「無」の場合 署名捺印してください。	

上記請求書の記載事項及び添付書類は正当と認めます。

市議会議員共済会会長 殿

令和 年 月 日

都道府県 市区 議会議長

印

<共済会使用欄>

確認	受付番号	

