

# 遺族年金証書書換請求書

市区コード	市区名
	市区

市議会議員共済会会長 殿

前遺族年金権者	年金証書番号				
	フリガナ	(氏)	(名)	失権年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名 (戸籍名)			失権事由	1.死亡 2.その他 ( )

上記の者は遺族年金を受ける権利を失ったので、遺族年金を書き換えられるよう証拠書類を添えて請求します。

請求日	令和 年 月 日
-----	----------

請求者	フリガナ	(氏)	(名)	①	性別	1.男 2.女	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
	氏名 (戸籍名)								
	元議員との続柄	1.配偶者 4.孫	2.子 5.祖父母	3.父母	後順位の有無	有・無	左記の続柄欄で選択された者の後順位に該当する者がいる場合は、「有」に○を付けてください。(議員または議員であった者の死亡の当時、主としてその収入によって生計が維持されていた者。また子または孫については、18歳未満で配偶者がいない者。または18歳以上であっても、重度障害の状態にある者)		
	郵便番号		-		電話連絡先	( )	-		
	フリガナ								
住所									

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	本店・支店・出張所 本所・支所		口座番号				
	備考								

遺族年金受給者が失権した場合は、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
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。	

前遺族年金権者の死亡に伴い、支払未済があるので、この給付を請求します。

※支払未済がある場合のみ署名捺印してください。	請求者氏名 (遺族年金の請求者)	①
-------------------------	---------------------	---

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 市議会議員長

印

<共済会使用欄>

確認	受付番号	

