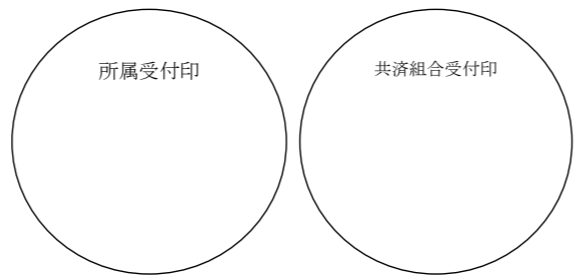


遺族共済年金決定請求書



請求者(遺族)に関する事項	8 5 9 6 0 0	受給権者番号	CD	請求者の基礎年金番号			
	(フリガナ) 請求者の氏名	性	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 (歳)
	住 所	フリガナ	元組合員との続柄				
	住 所 コー ド	TEL ()					
	現在、公的年金制度(注意事項3参照)から年金を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。						
	<input type="checkbox"/> 1 受けている (支給停止を含む)	<input type="checkbox"/> 2 受けていない	<input type="checkbox"/> 3 申請中 その年金について右欄に記入して下さい	公的年金制度名	年金の種類		
	1の受けているに <input checked="" type="checkbox"/> した方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。						
	公 的 年 金 制 度 名	年 金 の 種 類	証 書 記 号 番 号	必 要 事 項			
				右欄の注意事項の5をお読み下さい			
	その他の「遺族」(注意事項6参照)施行規程134条3項の規定により表記請求者を代表者とします。	氏名(フリガナ)	続柄	生 年 月 日	障害の有無	年収又は障害の等級	
			<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有			
			<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳)	<input type="checkbox"/> 無			
			<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有			
			<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳)	<input type="checkbox"/> 無			
			<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有			
			<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳)	<input type="checkbox"/> 無			
(共済組合記入欄) 組合員原票により、被扶養者であることを確認済み。		確認者(印)					
(フリガナ) 元組合員の氏名	性	<input type="checkbox"/> 男	元組合員の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成		
元組合員の死亡年月日	平成 年 月 日	死亡事由	<input type="checkbox"/> 1 非公務 <input type="checkbox"/> 2 公務 <input type="checkbox"/> 3 通勤				
元組合員は公的年金制度から年金を受けていましたか <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。							
1の受けていたに <input checked="" type="checkbox"/> をした方は下欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。							
公 的 年 金 制 度 名	年 金 の 種 類	証 書 記 号 番 号	必 要 書 類				
			右欄の注意事項の5をお読み下さい				

<p>法第99条第1項第1号から3号のいずれかに該当し、第4号にも該当したときは、有利な年金額で決定して下さい。</p> <p>左記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿</p> <p>請求者氏名</p>	<p>左記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属機関の長 公印</p>
--	---

※「死亡事由」欄の「2 公務」又は「3 通勤」にをつけた方は、次の証明を受けてください。

地方公務員災害補償等の証明

地方公務員災害補償法による遺族補償年金を受ける者の氏名及び生年月日	氏 名	生 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 生
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 生
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 生
補償事由発生日	年 月 日	
遺族補償年金の種類	円	
上記のとおり相違ないことを証明する。		
年 月 日		職名 氏名 公印
災害補償の実施機関の長		

請求書を作成するうえの注意事項

- 記入にあたっては楷書でていねいに記入してください。
- 網かけ部分は記入不要です。
- 公的年金制度：下の表に示す法律の年金制度をいいます。

ア 国民年金法	イ 厚生年金保険法	ウ 船員保険法(昭和61年4月以降を除く)
エ 国家公務員共済組合法	オ 地方公務員等共済組合法	カ 私立学校教職員共済組合法
キ 農林漁業団体職員共済組合法		

- 「年金の種類」とは退職(老齢)・障害・遺族をいいます。
- 「必要書類」について
 - 記入した年金それぞれについて次のものを提出してください。
 - ア 最初に決定された時の年金証書を全てコピーしたもの
 - イ 厚生年金・国民年金の受給者は平成9年1月1日付再交付分の年金証書のコピー
 - ウ 年金額改定通知書(ハガキ)のコピー
 - エ 最も新しい振込通知書(ハガキ)のコピー
 - オ 65歳以上の方は、65歳到達時の裁定通知のコピー
 - ※ 公的年金の受給状況に記入漏れがあったり、証書のコピーなど必要書類の添付がないと年金の決定が遅れたり、年金支給額に誤りが生じたりして後日一括して返還して頂くことになりますのでご注意ください。
- その他の「遺族」欄には、元組合員の収入により生計を維持していた請求者以外の次の方を記入してください。
 - ア 配偶者及び子〔子は18歳に達する日の年度末の者又は年金制度上の障害等級1・2級の状態(所定の診断書を添付してください)にある者に限り〕
 - イ 父母
 - ウ 孫〔18歳に達する年度末まで配偶者のいない者又は年金制度上の障害等級1・2級の状態(所定の診断書を添付してください)にある者に限り〕
 - エ 祖父母
- 記入した遺族全員について、生計を維持していたことの立証資料として次の資料を添付してください。
 - ア 区市町村民税の課税証明書またはこれに代わる書類
 - イ 住民票謄本