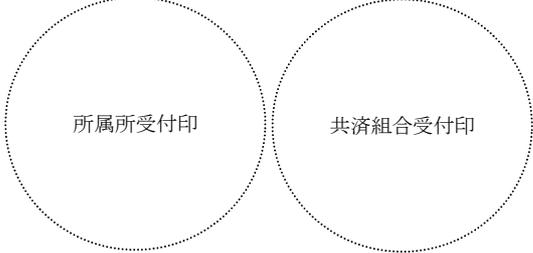


障害共済年金 障害一時金 決定 請求書 在職一部支給

※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 給料記録番号 8
フリガナ 氏名 令和 年 月 日 性別 男・女 生年月日 大正・昭和 年 月 日
基礎年金番号 所属所番号 証番号
住所 都道府県 市・区 郡
住所コード 電話番号 携帯電話番号等
年金受取機関 金融機関 郵便局 金融機関コード 店舗コード 口座番号(右詰) 通帳記号(左詰) 通帳番号(右詰)
受給中の年金 公的年金制度名 年金種別 年金証書記号番号 受給権発生年月日
退職年月日等 退職事由 退職年月日 受給権発生年月日 事由
障害等級等 異動年月 障害等級 障害初診日 障害認定日 法第97条該当の有無
障害の発生事由及び傷病名 発生事由 傷病名 治癒・症状固定年月日等
掛金の標準となる給料月額及び期末手当等の額 該当年月 級 号給 区分 給料月額 該当年月 期末手当等の額
過去に受給した退職一時金等の受給状況 給付の名称 受給年月日 受給額 希望する返還方法

※「その他」を選択した場合には、別途「既給一時金返還申出書」の提出が必要となります。



【備考】 令和 年 月 支給期決定 【2面】 [有・無] 配偶者 [有・無]