様式第15号

|  |
| --- |
| 受付印 |

　　　　　　長野県民間社会福祉事業従事者退職年金共済

　　　　　未 支 給 給 付 請 求 書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設（団体）番号 |  | 加入者番号 |  | 年金証書番号 |  |
| 加入者であった者（甲） | 氏　　　　　名 | 性別 | 生　年　月　日 |
|  | 男　女 |  大正 昭和　　　　年　　月　　日 平成 |
| 連絡先（TEL） | 最後に加入者であった施設（団体）の名称 |
|  |  |
| 亡くなった者（乙） | 氏　　　　　名 | 性別 | 生　年　月　日 |
|  | 男　女 |  大正 昭和　　　　年　　月　　日 平成 |
| 甲との続柄 | 支給未済となった給付の種類 | 亡くなった日 |
|  | 　１ 退職年金　　２ 退職一時金　３ 遺族一時金 |  令和　　　　年　　月　　日 |
| 請求者（丙） | 甲との続柄 | 同順位の他の遺族の有無 | 性別 | 生　年　月　日 |
|  | 　１ 同順位遺族あり　２ 同順位遺族なし | 男　女 |  大正 昭和　　　　年　　月　　日  平成 |
| 請求者の受領方法 | １　　　　　　　 銀行　　　　　　店　　本人名義預金口座振込　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(口座番号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２ ゆうちょ銀行　　(金融機関コード)　　　(口座番号)　　　　　(口座番号)　　　　　　　　　　　　　　　　　　**－**　　　　　　　　**－** |
| 　上記のとおり請求します。　　社会福祉法人長野県社会福祉協議会　　会長　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（丙）氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　上記の請求は事実と相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　加入施設（団体）所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　施設（団体）名　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| （注意）甲乙が同一人の場合、乙の重複欄は斜線を引いてください。 |
| 　　　　年　　月　　日 処理 | 扱者 |  | 検印 |  |