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 | | |  | |