様式第19号

|  |
| --- |
| 受付印 |

　　　　　年 金 受 給 権 喪 失 届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  (年金受給権を喪失したもの)（甲） | 氏　　　　　名 | | | | | | | | | 性別 | | 生　年　月　日 | | |
|  | | | | | | | | | 男　女 | | 大正  昭和　　　　年　　月　　日  平成 | | |
| 年金受給権の喪失日 | | | | | | | | 最後に加入者であった施設（団体）の名称 | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | | | | |
| 届出者（乙） | 甲との続柄 | | 連絡先（TEL） | | | | | | | | | 年金の種類 | | |
|  | |  | | | | | | | | | 退職年金 | | |
| 氏　　　　　名 | | | | | | | | | 性別 | | 生　年　月　日 | | |
|  | | | | | | | | | 男　女 | | 大正  昭和　　　　年　　月　　日  平成 | | |
| 年金受給権  の喪失理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおりお届けします。  　　　　　　年　　月　　日    　社会福祉法人長野県社会福祉協議会  　　会長　　　　　　　　　　　　　　様    　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の届出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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意）１ 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。  　　　　２ 年金証書を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日処理 | | | | 扱者 | |  | 検印 | | | |  | |