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 |  |