様式第21号

|  |
| --- |
| 受付印 |

　　　　　　 長野県民間社会福祉事業事従事者退職年金共済

　　　　　代 表 受 給 権 者 に 関 す る 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（甲） | 氏　　名 | 連絡先（TEL） | 最後に加入者であった施設（団体）の名称 |
|  |  |  |
| 代表受給権者（乙） | 氏　　名（乙） | 代表受給者（乙）の住所 | 給付対象 |
|  |  | １ 遺族一時金２ 支給未済分 |
| 　　上記代表受給権者が、自己及び他の遺族を代表して給付金の受取及び通知並びに諸届を行うこととなりましたので、遺族全員連署のうえお届けします。　なお、このことについて万一事故が生じた場合は、当方において一切の責めに任じます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（乙）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　甲との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　甲との続柄 　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　甲との続柄 　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　甲との続柄  |
| 　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| （注意）１ この届は、最後に加入者であった施設・団体に提出してください。　　　　２ 年金証書番号は、同証書が交付されている場合のみ記入してください。　　　　３ 届出者の印は、印鑑登録証明書と同一の印により押印してください。 |