

遺族補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金_大阪府支部長_様 下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者（代表者）の住所	----- ----- ふりがな
		氏 名	-----
		死亡職員との続柄	-----
1	遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日	
2	年金証書の番号	第 号	
3	遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで	円
4	代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	
5	請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000日分 <input type="checkbox"/> 1,080日分 <input type="checkbox"/> 800日分 平均給 相当 に相当 与額の <input type="checkbox"/> 600日分 する額 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分	(1) 請求額 (平均給与額) 円× 日分 $\times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$
			(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額)(受給権者の数) 円× = 円

6 送 金 希 望 の 場 合	振 込 み	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号										
	※公金受取口座利用もしくは任意口座指定にチェック	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 振込先金融機関名 銀行 支店	* 決定金額		円							
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金										
		口座番号										
		預金名義者			* 通 知	年 月 日						
	送金小切手	受取先金融機関名 銀行 支店			* 支 払	年 月 日						
そ の 他												

* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

- 〔注意事項〕
- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
 - 2 「3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
 - 3 「4 代表者の選任等」の欄には、該当する□にレ印を記入すること。
 - 4 「5 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等」の欄については、請求者（代表者）が選択する□にレ印を記入すること。
 - 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、その旨を証明する書類、また、代表者を選任しないときは、その旨を記載した書類を添付すること。
 - 6 年月日の記載には元号を用いる。