

様式第19号

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 支部長 殿 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			
フリガナ				
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の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000日分 <input type="checkbox"/> 1,080日分 <input type="checkbox"/> 800日分 <input type="checkbox"/> 600日分 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分	平均給与額の に相当する額	(1) 請求額 (平均給与額) 円 × 日分 × $\frac{1}{\text{受給権者の数}}$ = 円
			(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額) (受給権者の数) 円 × = 円

6 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	個人番号											
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名	本支店等名				口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
		口座番号	口座名義人 氏名 (フリガナ)										
	<input type="checkbox"/> その他												

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日
		* 支払	年 月 日

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「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」の欄は、遺族補償年金の最初に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要があること。
- 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。
- 年月日の記載には元号を用いる。