様式第25号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 加入番号 |  |  |
| 年金証書番号 |  |

　　　年　　月　　日

　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

死亡（重度障害）届書

　　　　年　　月　　日に加入者（被共済者、年金管理者、年金受給権者）が死亡した（重

度障害となった）ので、心身障害者扶養共済制度条例第17条の規定によりお届けします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 死亡（重度障害となつた）者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |

　　備考　　年金受給権者が死亡した場合、年金受給権者の消除された住民票の写し（年金受給権者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、戸籍又は除籍の抄本）を添付してください。ただし、知事が住民基本台帳法施行条例（平成14年岩手県条例第49号）第５条の規定により年金受給権者に係る本人確認情報を利用することができるときは、省略できます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）