

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定
 Convention en matière de Sécurité sociale entre le Japon et le Royaume de Belgique
 国民年金・厚生年金保険裁定請求書(死亡を支給事由とする年金給付)
 (共済年金決定請求書兼用)
 Demande de pension nationale / Assurance Pension pour Travailleurs salariés
 (Pour la Pension de Survie)
 (Egalement à utiliser pour la pension d'Assistance mutuelle)

B/J2 白→日

ベルギー実施機関記入欄
 Pour utilisation par l'organisme de pension belge

日本の照会番号
 Numéro de référence japonais

※この請求書は、ベルギーの実施機関の窓口提出用です。
 Ce formulaire de demande est destiné uniquement à l'organisme de pension belge

※日本保険者により記入される欄
 A compléter uniquement par les organismes de liaison japonais

受付日が入ったスタンプ
 Cachet indiquant la date de réception

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
 Numéro de pension japonaise de base ou numéro de livret de pension

ベルギーの社会保障番号
 Numéro d'identification de la sécurité sociale belge

1. 死亡者に関する情報 / Défunt

①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	④生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J

2. 申請者に関する情報 / Demandeur

①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	④生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
⑤住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana		
⑥死亡者との続柄 / Lien de parenté avec le défunt			
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de pension de base ou numéro du livret de pension du demandeur			
⑧電話番号 Numéro de téléphone			

Vous pouvez trouver le numéro de pension japonaise de base ou le numéro de livret de pension du défunt et des demandeurs dans son avis de numéro de pension japonaise de base ou dans son livret de pension.

死亡者及び申請者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は、基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります

- 1, 2, et 5: Prière d'écrire en lettres majuscules de l'alphabet romain. (également dans la suite du formulaire)
- Vous pouvez également écrire "en caractères Katakana", s'ils sont disponibles. (également dans la suite du formulaire)
- ①、②、⑤のローマ字は、アルファベットの大文字で記入します。
- ①、②、⑤のカタカナは、わかれば記入します。

Indiquez quatre chiffres pour l'année et deux chiffres pour le mois: "1955 12 15" pour 15 décembre 1955 (idem dans la suite du formulaire).

年月日の年は、西暦4桁を記入します。
 例: 1955年12月15日

Si le défunt a un (des) enfant(s) entrant en considération, prière de remplir cette rubrique. Si le demandeur est l'enfant et a un(e) (des) frère(s) et sœur(s), prière des les mentionner ici. Un enfant entrant en considération est un enfant de moins de 18 ans (jusqu'au 31 mars suivant son 18^e anniversaire), ou jusqu'à l'âge de 20 ans lorsqu'il s'agit d'un enfant handicapé.

請求者に子（請求者が子の場合は他の兄弟妹）がいるときに記入します。
 なお、子とは、18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限りです。

Prière d'écrire le nom de la banque et le nom de l'agence en majuscules.

銀行の名前及び支店名は、アルファベットの大きい文字で記入します。

Veillez indiquer le demandeur perçoit une autre pension publique japonaise de vieillesse, d'incapacité de travail ou de décès ou s'il a introduit une demande à cet effet (voir liste de régimes de pensions applicables ci-contre). Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dénomination du régime de pension public, le type de prestation de pension, la date de prise de cours, le code pension ou le numéro du brevet de pension.

Si le demandeur perçoit une des pensions d'assistance mutuelle, veuillez indiquer le nom de l'association d'assistance mutuelle dans "Nom du régime".

申請者が日本国の公的年金制度等（以下の一覧を参照のこと）から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受けることとなった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入します。
 なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

3. 子に関する情報 / Enfant du demandeur				
1	①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana
	③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	④生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
⑤障害の状態にありますか / Enfant handicapé			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
2	①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana
	③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	④生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
⑤障害の状態にありますか / Enfant handicapé			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
4. 支払金融機関に関する情報 / Désignation d'un organisme financier qui percevra les prestations				
①銀行の名前 Nom de la banque	③口座番号 Numéro de compte			
②本店又は支店名 Siège central ou nom de l'agence	<input type="checkbox"/> 本店 / Siège central <input type="checkbox"/> _____ 支店 Agence	④銀行の住所 Adresse de la banque	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	
5. 申請者が現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension légale japonaise que le demandeur perçoit				
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。又は申請していますか。 Le demandeur reçoit-il une pension légale japonaise ou y a-t-il une demande en instruction en ce moment?			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
①制度名 Nom du régime	③支給を受けることとなった年月日 Date de début de la prestation		年 / A 月 / M 日 / J	
②年金の種類 Nature de la pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Retraite <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survie			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension				

Régimes de pensions publics applicables

A. la loi nationale sur les pensions

B. la loi sur l'assurance pension des travailleurs salariés

C. la loi sur l'assurance des marins (uniquement avant avril 1986)

D. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des fonctionnaires nationaux (y compris les lois concernant les prestations de longue durée antérieures à avril 1986)

E. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des fonctionnaires locaux (y compris les lois concernant les prestations de longue durée antérieures à avril 1986)

F. la loi concernant l'assistance mutuelle du personnel des écoles privées

G. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des travailleurs salariés des entreprises agricoles, forestières et de la pêche

H. la loi concernant la pension des fonctionnaires

I. l'ordonnance du gouvernement local concernant la pension de retraite des fonctionnaires locaux

J. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des mineurs de l'usine YAWATA de Nippon Steel Co dont le gouvernement est propriétaire.

K. la disposition supplémentaire de l'article 13 de la loi concernant les fonctionnaires spéciaux des tribunaux d'arrondissement

L. la loi concernant les mesures particulières pour les anciens bénéficiaires des AAM

M. La loi d'assistance aux victimes et survivants de la guerre

公的年金制度一覧

- ア 国民年金法
- イ 厚生年金保険法
- ウ 船員保険法（1986年4月以後を除く）
- エ 国家公務員共済組合法
（1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む）
- オ 地方公務員等共済組合法
（1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む）
- カ 私立学校教職員共済法
- キ 農林漁業団体職員共済組合法
- ク 恩給法
- ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
- コ 日本製鉄八幡共済組合
- サ 執行官法附則第13条
- シ 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
- ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法

Si ne connaissez pas de dates précises, mentionnez le maximum d'informations, telles que le mois ou la saison, par exemple l'été de l'année xxxx.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入します。

- Veuillez mentionner votre historique de périodes d'assurance en vertu d'un régime de pension public dans l'ordre chronologique, de la période la plus ancienne (la première) à la plus récente.
- Si votre adresse a changé pendant votre période d'assurance de la pension nationale, veuillez mentionner votre ancienne adresse et la période de résidence.
- Si le lieu de travail a changé de nom ou d'adresse ou si vous avez été transféré d'une filiale à une autre pendant votre période d'assurance pension pour travailleurs salariés et autre, veuillez mentionner le nom du lieu de travail individuel, l'adresse et la période d'assurance et la dénomination du régime de pension respectif.

- 加入期間は、請求者が初めて日本国の公的年金制度に加入したときから古い順に記入します。
- 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所地及び住んでいた期間がわかるように記入します。
- 厚生年金保険等の加入期間中に事業所等の名称変更や所在地の変更、転勤などがあったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入します。

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Aperçu de l'assurance du défunt auprès des régimes japonais de pension			
公的年金制度の加入経過を、できるだけ詳しく正確に記入してください。 Complétez aussi précisément que possible l'historique détaillé de son assurance sous le régime légal de pension.			
加入期間 (年/月/日) Périodes d'assurance Du A/M/J Au A/M/J	事業所 (船舶所有者) の名称及び船員であったときはその船舶名 / Nom du lieu de travail ou du propriétaire du navire au cas où il/elle était membre d'équipage à bord d'un navire	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Adresse du lieu de travail ou du propriétaire du navire ou ancienne adresse, au moment où il ou elle avait été enregistré pour la Pension nationale	加入していた年金制度等 (注) Régime de pension où il ou elle était assuré (*)
/ / から			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
(注) 国民年金が加入している場合は「国民年金」と記入してください。	加入当時の氏名、加入当時の住所、加入当時の婚姻状況 (婚姻、加入当時の氏名、加入当時の住所、加入当時の婚姻状況) pour Assurance marriage ou pour		

死亡者が最後に住んでいた住所 / À propos du lieu de résidence	
②健康保険の被保険者証の番号 (勤務者の場合は) / Numéro de code de son certificat d'assurance soins de santé pour travailleurs salariés (si disponible)	
死亡者は個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。 A-t-elle été une personne assurée de type 4 ou une personne assurée volontaire et permanente sous l'assurance pour marins?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
①被保険者の整理記号番号 / Référence du numéro de code de la personne assurée	
②保険料を納めた期間 / Période pour laquelle il/elle a payé les cotisations d'assurance	年 / A 月 / M 日 / J ~ 年 / A 月 / M 日 / J
③保険料を納めた社会保険事務局名又は社会保険事務所名 / Nom du Bureau d'assurance sociale (local) auquel les cotisations d'assurance ont été payées	

- Veuillez mentionner le nom officiel du lieu de travail déclaré au service d'assurance sociale ou au bureau régional d'assurance sociale pendant votre période d'assurance.
- En ce qui concerne les lieux de travail, mentionnez également le nom spécifique des filiales ou usines, tel que la filiale de Tokyo d'une entreprise.
- Si vous être assuré par les associations d'assistance mutuelle, veuillez mentionner le nom des associations et du lieu de travail pendant votre période d'assurance.
- Si vous le connaissez, mentionnez le nom japonais.
- Si vous êtes assuré par le régime de la pension nationale, veuillez indiquer "pension nationale".
- 被用者年金制度に加入していたときに社会保険事務所 (又は地方社会保険事務局) に届出された正式な名称を記入します。
- また、社名などだけでなく、例えば、A 株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入します。
- なお、共済組合等に加入していた場合は、共済組合の名称と当時の事業所名称を記入します。
- 日本語名がわかる場合は日本語で記入します。
- 国民年金の場合は「国民年金」と記入してください。

Veuillez indiquer le nom correspondant de chaque régime, mentionné au bas de la section 6.

欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

- Veuillez mentionner l'adresse ou au moins le nom de la province, de la ville ou de la localité, si vous ne connaissez pas les détails.
- Certains travailleurs travaillant effectivement dans la filiale d'Osaka d'une entreprise peuvent avoir été enregistrés pour l'assurance pension des travailleurs salariés au service d'assurance sociale à Tokyo où se situe le siège social du lieu de travail. Si tel est votre cas, mentionnez l'adresse du lieu de travail où vous avez été enregistré pour l'APTS.
- Veuillez procéder de la même manière pour les associations d'assistance mutuelle.
- Si vous êtes assuré par le régime de la pension nationale, veuillez indiquer votre adresse.

- 詳しくわからないときでも郡市区名までは記入します。
- また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は、東京の本社などで一括して東京の社会保険事務所に届け出ていたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入します。
- なお、共済組合等についても同様に記入します
- 国年の場合は自宅の住所を記入します。

De ① à ⑥: Veuillez faire référence au certificat de décès du défunt.

7. ①から7. ⑥については、死亡診断書等で確認して記入します。

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour la demande de pension de survie

①死亡年月日 Date de décès		年 / A 月 / M 日 / J	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Nom de la maladie/lésion qui a entraîné la mort			
③疾病又は負傷の発生した日 Date de début de la maladie/lésion	年 / A 月 / M 日 / J	④疾病又は負傷の初診日 Date du premier examen médical	年 / A 月 / M 日 / J
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause de la maladie/lésion qui a entraîné la mort			
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。 La mort a-t-elle été causée par un tiers ?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	⑦申請を行う人は死亡者の相続人になりますか。 Le demandeur est-il un héritier légal du défunt ?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となったことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 Le défunt s'était-il inscrit à l'un des régimes légaux de pension ? Si oui, entourez le numéro du régime applicable.		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
1. 国民年金法 / Législation sur la Pension nationale 2. 厚生年金保険法 / Législation sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Législation sur l'Assurance Pension pour Marins (seulement avant avril 1986) 4. 国家公務員共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires nationaux 5. 地方公務員等共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires locaux 6. 私立学校教職員共済法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour le Personnel de l'Enseignement privé 7. 旧市町村職員共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires communaux 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Règlement de l'Administration locale relative à la Pension de retraite des Fonctionnaires locaux 9. 恩給法 / Loi relative à la Pension des Fonctionnaires 10. その他 / Autres ()			
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下記に記入してください。 Le défunt percevait-il une pension à charge d'un des régimes de pension énumérés en ⑧ ci-dessus ? Si oui, prière de compléter ci dessous.		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
制度名 Nom du régime	年金コードまたは年金証書の記号番号 Code Pension ou Numéro du Brevet de Pension		

Veuillez remplir s'il existe des personnes qui ont le même ordre de priorité

8. 同順位の方がいる場合に記入します。

cf. Ordre de priorité

- (1) L'épouse du défunt
- (2) L'enfant (les enfants) du défunt, âgé(s) de moins de 18 ans (20 s'il(s) a (ont) un degré de handicap spécifié légalement)
- (3) L'époux du défunt, âgé de 55 ans au plus
- (4) Le père ou la mère du défunt, âgé(e) de 55 ans au plus
- (5) Le(s) petit(s)-enfant(s) du défunt, âgé(s) de moins de 18 ans (20 if s'il(s) a (ont) un degré de handicap spécifié légalement)
- (6) Le grand-père ou la grand-mère du défunt, âgé(e) de 55 ans au plus

参考) 順位

1. 妻
2. 18歳未満の子
(障害の状態にある場合は20歳未満)
3. 55才以上の夫
4. 55才以上の父母
5. 18歳未満の孫
(障害の状態にある場合は20歳未満)
6. 55歳以上の祖父母

8. 代表者選任に関する情報 / Désignation du représentant s'il y a plus d'un demandeur entrant en ligne de compte

請求代表者の氏名 Nom du représentant	ローマ字 / En lettres romaines	請求代表者の生年月日 Date de naissance du représentant	年 / A 月 / M 日 / J	
	カタカナ / En caractères Katakana			
請求代表者の住所 Adresse du représentant	ローマ字 / En lettres romaines	請求代表者の元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt		
	カタカナ / En caractères Katakana			
上記の者を請求代表者として。 Nous désignons la personne ci-dessus comme notre représentant				
氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J	
	カタカナ / En caractères Katakana			
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt		
	カタカナ / En caractères Katakana			
同順位者記入欄 Liste des demandeurs				

申請者の署名 / Signature

Pièces justificatives dont nous avons besoin

1. Le livret de pension original ou le brevet de personne assurée original du défunt (si vous ne pouvez joindre l'un ou l'autre, veuillez ajouter un document exposant les raisons pour lesquelles vous ne pouvez le faire.)
2. Une copie du registre familial ou tout document de remplacement valable prouvant la date de naissance du demandeur et de l'enfant (des enfants) et leur lien de parenté avec le défunt.
3. Une copie d'un extrait du registre de la population ou tout document de remplacement valable prouvant que le demandeur et le défunt vivaient dans le même ménage et partageaient la vie familiale (s'ils habitaient à une adresse distincte, veuillez joindre une note exposant la raison).
4. Une attestation des revenus ou ressources du (de la) conjoint(e) survivant(e) (l'attestation de la qualité d'étudiant de l'enfant peut également être acceptée)
5. Un document attestant la dénomination de l'institution financière et du numéro de compte du demandeur, par exemple une photocopie de son extrait de compte sur lequel ces informations sont mentionnées.
6. Une attestation délivrée par le bourgmestre de la ville ou commune concernée, au sujet du contenu de l'attestation de décès du défunt ou de son rapport d'autopsie, ou tout autre document de remplacement valable.
 - a) Un document prouvant la date à laquelle la disparition de la personne a été officiellement déclarée, dans le cas où la personne était présumée décédée après sa disparition
 - b) Un document prouvant que la personne décédée a disparu, dans le cas où la personne a disparu alors qu'elle se trouvait à bord d'un avion ou d'un navire. Ou un document prouvant son décès au cas où vous connaissez la réalité de son décès mais la date du décès est inconnue.

この請求書に添えなければならない書類等

1. 死亡した方及び請求する方の年金手帳又は被保険者証（添えることができないときは、その事由書）
2. 請求する方及び子の生年月日並びに死亡した方との身分関係を明らかにすることができる戸籍の謄本又はそれに代わるもの
3. 請求する方と死亡した方の生計が同じであることを確認できる住民票又はこれに代わる書類（請求する方と死亡した方の住所が異なるときは、その理由書を提出してください。）
4. 配偶者又は子の収入等を確認できる収入又は所得証明書（子については在学証明書でも可。）
5. 支払金融機関の銀行名、口座番号等を確認できる書類（預金通帳の写し等）
6. 死亡診断書、死体検案書若しくは検死調書等においてあることについての市区町村長の証明書又はそれに相当する書類
 - a) 失踪宣告によって死亡したと見なされた方にかかる裁定の請求については、失踪宣告を受けたことを明らかにすることができる書類
 - b) 死亡した方が、船舶又は航空機に乗っていて行方不明となっているときは行方不明となっている事実を、死亡の事実がわかっている死亡日がわからないときは死亡した事実を、それぞれ明らかにすることができる書類

7. Un document prouvant que le défunt et le demandeur avaient un statut matrimonial de fait, bien qu'ils n'étaient pas officiellement inscrits comme époux.
8. Une photocopie de l'attestation de pension publique du demandeur ou toute preuve de remplacement, dans le cas où le demandeur répond OUI à la section 5.
9. Une photocopie de l'attestation de pension ou autre preuve, dans le cas où le demandeur peut prétendre à des indemnités compensatoires de survie d'autres régimes de prestations, en raison d'un décès sur le lieu ou sur le chemin du travail.

〈Attestation de diagnostic ou preuve médicale〉

S'il existe un enfant atteint d'un handicap mentionné dans la section 3 qui entre en considération, nous enverrons au demandeur un modèle d'attestation de diagnostic à une date ultérieure. L'attestation de diagnostic pour l'enfant doit ensuite être établie conformément au modèle et doit nous être soumise.

Si le demandeur dispose actuellement d'un document ou d'une preuve médicale concernant sa lésion ou son incapacité de travail, prière de joindre ce document au présent formulaire.

〈Pour la demande de pension de survie d'assistance mutuelle〉

- Si un affilié ou ancien affilié des associations d'assistance mutuelle décède sans avoir remboursé les montants forfaitaires de retraite qu'il avait perçus dans le passé, le montant à rembourser en souffrance sera déduit de la prestation de pension de survie.

- 8. Nomination du représentant en cas de multiples demandeurs entrant en considération

En cas de multiples demandeurs sur un pied d'égalité, tels que l'épouse et les enfants du défunt, ses enfants ou ses parents, veuillez désigner un seul représentant qui percevra la pension de survie d'assistance mutuelle.

7. 請求する方が、婚姻の届出はしていないが、死亡した方と事実上婚姻関係と同様の事情にあった方であるときは、その事実を明らかにすることができる書類
8. 記入欄5で「はい」と答えた方は、年金証書、恩給証書又はこれらに準ずる書類の写し
9. 死亡した方の死亡の原因が業務上、公務上又は通勤による場合であって、請求する方が他の制度から遺族補償給付を受けることができるときは、その年金証書の写し等のその事実を確認できる書類

〈診断書の提出について〉

記入欄3で「障害の状態にある」とされた子については、こちらから送付する様式に基づいた診断書を後日提出していただくこととなります。ただし、この請求書の提出時に傷病名や障害の状態を確認することができる書類を持っている場合は、この請求書に添付してください。

〈遺族共済年金を請求する方へ〉

- 過去に退職一時金を受けたことがある組合員（加入者）又は組合員（加入者）であった方が死亡し、その方に退職一時金の未返還額が残っている場合は、退職一時金の返還を年金の支給から行います。
[8 代表者選任に関する情報]
- 請求する方に遺族同順位である方が複数いる場合（請求する方が死亡した方の妻及び子である場合、複数の子である場合、父母である場合など）には、遺族共済年金の支払を受ける代表者を1名選出してください。