様式第4号

障害年金の受給権の消滅による一時金請求書

年金証書記号番号	第　　号	最後に支給を受けた月分	昭和　　年　　月分
共済組合法第43条に該当するに至つた年月日	昭和　　年　　月　　日	(ふりがな) 受給者氏名	
障害年金の年額	円	(ふりがな) 受給者旧氏名	
最初に支給を受けた月分	昭和　　年　　月　　日	払渡し銀行名又は郵便局名	

元南西諸島官公署職員に係る国家公務員共済組合法の規定による年金等の請求手続等の特例に関する命令の規定により、請求いたします。

昭和　　年　　月　　日

(現住所)

(ふりがな)
(氏名)　　㊞

請求者

(生年月日)　　年　　月　　日生

(旧職員等との続柄)

殿

備考　用紙の大きさは、日本工業規格B5とする。