

請求者 570112 570112
 氏名・印 ヲウロウ 友子 長女
 住所 503 岐阜県大垣市伝馬町XX

のなかに必要事項を記入してください。(◆印欄には、なにも記入しないでください。フリガナはカタカナで記入してください。)

6 支払機関 郵道府県名 郵便番号 503 大垣市 大垣駅前 郵便局

①	氏名	生年月日	続柄	障害の状況にありますか	診	区
40 加算額の対象者	(氏)	昭・平 5・7	2	ある・ない		
裏面記入上の注意 4参照	(氏)	昭・平 5・7	2	ある・ない		
	(氏)	昭・平 5・7	2	ある・ない		

④ あなたは、現在、公的年金制度等(記入上の注意5参照)および船員保険法から年金を受けていますか。○で囲んでください。

1 受けている 2 受けていない 3 請求中

受けていると答えた方は、下欄に必要事項を記入してください(年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください)。

制度名(共済組合名等)	種類	年月日	年金証書等の記号番号	年金証書記号番号	制	種別	区
				95			

「種類」とは老齢または退職、障害、遺族をいいます。

30 ⑤ 死亡した人の氏名を記入してください。 ヲウロウ 太郎

上外	(外)傷病名	(上)傷病名	診断書	有年	三	被保険者	生年月日	性別	区
30 上外 1・2									
32	受給権発生年月日	停止事由	停止期間	条文	失権事由	失権年月日			
34	受給権発生年月日	停止事由	停止期間	条文	失権事由	失権年月日			
35	受給権発生年月日	停止事由	停止期間	条文	失権事由	失権年月日			
	船舶所有者符号	最終記録							

※1 この請求書は、遺族給付をうけることができる方が2人以上あるとき使用してください。

※2 この請求書は、請求書(様式第105号)に添えて提出してください。