未支給給付金・遺族給付金(一時金)請求書

ご記入前に裏面をご一読ください

岡山県病院企業年金基金　御中

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受給権者・加入者（亡くなられた方）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①  (フリガナ)  氏　名 | | |  | | | | | | | ②  性  別 | | 男・  女 | | ③  生年  月日 | | 明治  大正  昭和  平成 | | | 年　 月 　日 | | | | |
|  | | | | | | |
| ④  受給権者番号  又は加入者番号 | | |  | | | | | | | ⑤  死亡年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| **請 求 者** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥  (フリガナ)  氏　名 | |  | | | | | ㊞ | | | ⑦  性  別 | | 男・  女 | | ⑧  生年  月日 | | 昭和  平成  令和 | | | 年　 月 　日 | | | | |
|  | | | | |
| ⑨  死亡者との  続　柄 | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | | （自宅）　　　　-　　　　-  　　（携帯）　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | |
| ⑪ | | （注）ゆうちょ銀行の場合は、振込用の支店名、口座種別、口座番号を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取機関 | | 銀行 ・ 信組  信金 ・ 農協 | | | | | | | | | 支店 | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | | 普通(総合)・当座・( ) | | | | 口座番号 | | | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
| **⑫ 受給権者**又は加入者**の死亡当時、つぎに該当する人がいましたか（○で囲んでください）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.配偶者 | 2.子 | | | 3.父母 | | 4.孫 | | 5.祖父母 | | | | | 6.兄弟姉妹 | | | | | 7.左記以外の親族 | | | | | |
| いる ・ いない | いる ・ いない | | | いる ・ いない | | いる ・ いない | | いる ・ いない | | | | | いる ・ いない | | | | | いる(続柄　　　) ・ いない | | | | | |
| ⑬ | | ア 死亡診断書のコピー  イ 死亡した受給権者と請求者との身分関係が確認できる戸籍の謄本（抄本）又は市区町村長の証明書（受給権者の死亡当時、請求者が事実上婚姻関係と同様の事情であった者は、その事実を証する書類）  ウ ⑫欄の「7.左記以外の親族」に該当する方が請求される場合は、請求者が受給権者の死亡当時、主として死亡した受給権者の収入によって生計を維持していたことを証する書類（状況により必要書類が異なりますので、事前に基金へご確認ください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | |

|  |
| --- |
| **⑭　⑬欄ウの添付書類により、生計同一関係が証明できない場合は、下欄に第三者（民生委員、町内会長、事業主、施設長、家主の方など）から証明を受けてください。** |
| **第三者による生計同一証明**  上記の請求者は、受給権者の死亡当時、生計を同じくしていたことを証明する。  令和　　年　　月　　日  （証明者）　住　所  役職名　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　 　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基金処理欄 | 処理年月日 | 常務理事 | 事務長 |  | 係 |
|  |  |  |  |  |

【送付先・お問合せ先】

〒700-0901　岡山市北区本町6-36第一セントラルビル5階

岡山県病院企業年金基金 TEL ０８６－２２３－５９４５

K302

（請求前にご一読ください）

１. 未支給給付金は、つぎの場合にお支払いします。

老齢給付金又は遺族給付金（一時金）の受給権者が死亡したときに、その死亡者に支給すべき給付で支給されていないものがあるとき。

なお、死亡者が老齢給付金又は遺族給付金（一時金）を請求していない場合は、請求者の方による請求手続きが必要です。

２. 遺族給付金（一時金）は、つぎの方がお亡くなりになられたときにお支払いします。

（１）老齢給付金を受けている方で、受取開始から２０年を経過していない方

（２）老齢給付金の支給繰下げ申出をしている方

（３）脱退一時金の支給繰下げ申出をしている方

（４）加入期間が３年以上の加入者の方（加入者死亡）

３. 未支給給付金及び遺族給付金（一時金）を請求できるご遺族の範囲並びに順位は、つぎのとおりです。

なお、同順位の方が２名以上いるときは、そのうち１名がした請求は、全員のためにその全額につきしたものとみなし、その１名に対して行った給付金の支給は、全員に対してしたものとみなします。

（１）配偶者（婚姻の届出をしていないが、受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）

（２）子（受給権者の死亡の当時胎児であった子が出生したときは、その子を含む。）

（３）父母

（４）孫

（５）祖父母

（６）兄弟姉妹

（７）前記（１）～（６）以外の親族で、受給権者の死亡当時、主として死亡した受給権者の収入によって生計を維持していた方

４．加入者死亡（前記２.（４））の「遺族給付金（一時金）」にかかる、支払額が１００万円を超える場合には、税務署へ提出する「退職手当金等受給者別支払調書」作成のため、「マイナンバー届」が必要です。

加入者（故人）と請求者の「マイナンバー届」のご提出をお願いします。

５. 請求手続きや添付書類について、ご不明な点等ございましたら、当基金あてお問い合わせ願います。

【送付先・お問合せ先】

〒700-0901　岡山市北区本町6-36第一セントラルビル5階

岡山県病院企業年金基金 TEL ０８６－２２３－５９４５