

## 退職年金転給請求書

(西暦) 年 月 日

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員  
退職手当共済財団 理事長 様

(西暦)

貴財団より退職年金を受給しておりました \_\_\_\_\_ が \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に逝去したことに伴い、関係書類を添付の上、次のとおり退職年金の転給を請求いたします。

故年金受給権者		退職年金月額	円
---------	--	--------	---

退職年金の転給を受ける遺族	フリガナ		印	性別	生 年 月 日 (西暦)			
	氏 名			男・女	年 月 日			
	故年金受給者との関係							
	死亡等を証する添付書類				1 死亡診断書又は死亡を証する書類 (写し) 2 戸籍謄本又は抄本 3 遺産の受取可能なことを証する書類 (写し)			
	住 所	〒						
	振 込 口 座	銀 行  信用金庫			支店	口座名義	口座番号	
	当初退職年金支給期間				(西暦) 年 月 から 年 月			
	年金支給済期間				(西暦) 年 月 から 年 月			
	残余年金支給期間				(西暦) 年 月 から 年 月			

この個人情報は、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します。