別記第14号(第15条)

遺族の現状報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (実施機関の職氏名)  　　　　　　　　　　殿  　下記のとおり遺族の現状を報告します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | 報告者(代表者)の年金証書の番号 | | | | 第　　　号 | | |
| 報告者の住所  ふりがな  氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　死亡職員の氏名 | | | (死亡年月日　　　　　　年　　月　　日) | | | | | | | | | | | |
| 2  受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族 | 氏名 | | 生年月日 | | | | 住所 | | | | 死亡職員との続柄 | | | 障害の有無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | 有・無 |
| 3  公的年金の受給関係 | 年金の種類(障害等級第　　　級) | 年金の年額 | | | 年金証書の記号番号 | | | | 支給開始年月 | | | | 所轄年金  事務所名等 | |
|  | 円 | | | 第号 | | | | 年　　月 | | | |  | |
|  | 円 | | | 第号 | | | | 年　　月 | | | |  | |
|  | | | | ※ | | □支給  □支給停止 | | | | □免責　□条例附則第3条の一時金　□所在不明 | | | | |

〔注意事項〕

　1　この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。

　2　報告者は、＊印の欄には記入しないこと。

　3　「障害の有無」の項には、該当する箇所を○でかこむこと。

　4　この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。

　⑴　受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本あるいはこれらに代わる市区町村長の発行する証明書

　⑵　受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類

　⑶　受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書