

死亡・重度障害届書

	加入番号	
	年金証書 番 号	
年 月 日		
茨 城 県 知 事 殿		
	住 所	市 郡 町 村 番地
	氏 名	Ⓜ
重度障害死亡年月日		
. . . <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 死亡		
死 亡 者 氏 名 重 度 障 害 者 氏 名	加 入 者	
	心 身 障 害 者	
	年 金 管 理 者	
	年 金 受 給 権 者	
備 考		