

様式第22号の2

年金証書再交付請求書

認定番号

地方公務員災害補償基金 支部長 殿 下記のとおり年金証書の再交付を請求します。	請求年月日	年	月	日
	請求者の住所			
フリガナ				氏名

1 受給権者に関する事項	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日 (歳)		
	年金証書の番号	第	号			
	年金の支給開始年月	年	月			
補償の種類	<input type="checkbox"/>	傷病補償年金	<input type="checkbox"/>	障害補償年金	<input type="checkbox"/>	遺族補償年金

2 請求の理由	<input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 損傷
	(亡失又は損傷の理由)

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 この請求書には、亡失の理由を明らかにすることができる書類又は損傷した年金証書を添付すること。
- 3 再交付を受けた後、亡失した証書を発見したときは、速やかにこれを基金に返納すること。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。