

加 入 番 号	
年金証書番号	

死 亡（ 重 度 障 害 ） 届 書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日に加入者、心身障害者、年金管理者、年金受給権者 _____
_____ が死亡した、重度障害となったので、福岡県心身障がい者扶養
共済制度条例第17条の規定により届け出ます。

年金受給権者の死亡の場合 死亡の原因となった傷病名 _____

注 氏名欄は、記名押印に代えて署名をすることができます。