□ 障害共済年金
□ 障 害 年 金 在職停止解除申請書

※ 障害共済年金または障害年金の受給権者である組合員が、組合員の資格を喪失（退職）した場合に提出してください。

年金証書記号番号	86	-								

下記のとおり申請します。 全国市町村職員共済組合連合会　理事長　様 平成　　年　　月　　日	フ リ ガ ナ			
	年金受給権者氏名			㊞
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

退職年月日	平成　　年　　月　　日			
退職時の所属機関の名称等	名　　称			
	所 在 地			
他に受給権を有する公的年金	公的年金制度名	年 金 種 別	年金証書記号番号	受給権発生年月日
				昭和 平成　　年　　月　　日
				昭和 平成　　年　　月　　日
				昭和 平成　　年　　月　　日
				昭和 平成　　年　　月　　日

※ 以下の書類を添付してください。
- 申請者が他の公的年金の受給権を有する場合はその年金証書の写し
- 申請者が受給権を有する他の公的年金が併給調整の対象となる年金の場合は支給年金額を確認できる書類

共済組合受付印

B－5（22.7）