令和　　年　　月　　日

**組合員死亡連絡票**

遺族年金は組合員の死亡当時、その方によって生計を維持されていたご遺族に支給されます。所属所事務担当者からご遺族あてに連絡票を作成いただくようご案内をお願いいたします。連絡票の内容を神奈川支部で確認のうえ、遺族年金の支給要件に該当する場合は請求書を下記６の送付先に郵送します。状況確認のため、ご遺族あてに電話連絡をする場合があります。

なお、該当しない場合は所属所あてに連絡します。

提出先：〒２３１－８３０９　神奈川県横浜市中区日本大通５－１

　　　　　　 公立学校共済組合神奈川支部　年金グループ

　　　　　　 電話　０４５－２１０－８１８３

1. **お亡くなりになった組合員について**

氏名　　　　　　　　　　　 　　 組合員等番号(６桁)

所属所名

死亡年月日　　令和　　年　　月　　日

死亡原因　（　　病死 ・ 相手方のある事故死 ・ 公務災害 ・ その他　(　　　　) 　）

1. **配偶者(内縁を含む)について**（　　いる　・　　いない　　）

「いる」とご回答の場合は以下にお答えください。

氏名(フリガナ)

生年月日　　昭和・平成　　　年　　月　　日　　　　　　　歳

組合員と住民票上の住所　（　　同一住所　　・　　別住所　　）

配偶者の収入　（　　有　・　無　　）

「有」の場合、年収８５０万円　　（　　以上　・　未満　　）

「以上」の場合、５年以内に定年退職年齢に該当　（　　する　・　しない　　）

公的年金受給状況　（　　受給中　・　受給していない　　）

年金の支払先

年金の名称　　（　　老齢　・　障害　・　遺族　　）

1. **生計を同一にしていた子について（胎児を含む）**
	1. １８歳年度末までの子　（　　いる　・　いない　　）
	2. ２０歳未満の障害のある子　（　　いる　・　いない　　）
	3. ①と②で「いる」とご回答の場合、氏名等を記入してください。

1人目の子

氏名(フリガナ)

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日　　　　歳

（　　１８歳年度末　・　２０歳未満障害者　　）

2人目の子

氏名(フリガナ)

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日　　　　歳

（　　１８歳年度末　・　２０歳未満障害者　　）

1. **両親(養父母を含む)について　【配偶者及び子がいない場合に記入してください】**

父　（　　生存　　・　死亡　　）

年収８５０万円　（　　以上　・　未満　　）氏名(フリガナ)

組合員と　（　　同居　・　別居　　）　　　生年月日　　　　　年　　月　　日　　　歳

　組合員との生計関係　（　　有　・　無　　）

母　（　　生存　　・　死亡　　）

年収８５０万円　（　　以上　・　未満　　）氏名(フリガナ)

組合員と　（　　同居　・　別居　　）　　　生年月日　　　　　年　　月　　日　　　歳

　組合員との生計関係　（　　有　・　無　　）

1. **その他家族構成について(組合員の兄弟・姉妹を除く)**

**【配偶者、子及び両親がいない場合に記入してください】**

（　　祖父　・　祖母　・　孫　　）　　　　　氏名(フリガナ)

生年月日　　　　　年　　月　　日　　　歳

1. **送付先・連絡先**

（　　ご遺族　　・　所属所　　）

　　　　**⇓**

　　住所　〒　　　　－

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　組合員との関係

電話番号

1. **所属所について**

事務担当者　　　　　　　　　 電話番号

**（※）遺族厚生年金の受給要件**

組合員が亡くなられた当時、その方によって生計を維持されていた方（収入要件あり）

のうち下表に該当する方で、優先順位１から４までのうち、最も順位の高い方。

　　　　◎収入要件：年収850万円未満または所得額が655.5万円未満であること

　　　　　　≪優先順位≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 夫・妻・子 | ※１、※２ |
| ２ | 父母 | ※１ |
| ３ | 孫 | ※２ |
| ４ | 祖父母 | ※１ |

　　　※１　夫・父母・祖父母は、組合員であった方が亡くなられた当時、55歳以上である方

　　　※２　子・孫は、組合員であった方が亡くなられた当時、次のア・イのいずれかに該当する方

　　　　　　ア　18歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にあり、かつ婚姻していない方

　　　　　　イ　20歳未満で１級または２級の障害の状態にあり、かつ婚姻していないこと