

様式第 33 号（第 19 条関係）

加入番号	
年金証書番号	

死亡・重度障害届

年 月 日

宮城県知事 殿

住 所
氏 名

加入者
心身障害者
年金管理者
年金受給権者

年 月 日に _____ が

死亡した
重度障害となった

ので、心身障害者扶養共済条例第 19 条の規定により届け出ます。

死亡の原因となった傷病名： _____

※ 添付書類（年金受給権者の死亡の場合のみ）

1 年金受給権者の氏名と消除された住民票に記載されている氏名が一致している場合 年金受給権者の消除された住民票の写し。ただし、知事が住民基本台帳法第 30 条の 15 第 1 項の規定により年金受給権者の都道府県知事保存本人確認情報（同法第 7 条第 8 号の 2 に規定する個人番号を除く。）を利用するときは省略できます。この場合において、住民票コードが分かる場合は、下記の欄に記載してください。

住民票コード _____（分からない場合は、省略可。）

2 年金受給権者の氏名と消除された住民票に記載されている氏名が異なる場合 年金受給権者の戸籍（除籍）抄本