

労働者災害補償保険
年金等受給権者死亡届 (記載例)

年金申請様式第6号

① 死亡した受給権者	年金証書の番号	管轄局	種別	西暦年番						号	枝番号	
		1	8	3	9	9	0	1	2	3		
	氏名	福井 一郎										
	死亡した日	令和 ×年 ×月 ×日										
	死亡者が受けていた 保険給付の種類	傷病補償年金 傷病年金	障害補償年金 障害年金	遺族補償年金 遺族年金								
② 添付する書類名	死亡診断書											

上記のとおり死亡したので届けます。

令和 ○年 ○月 ○日

年金証書に記載されている保険給付の種類と同じものを○で囲んでください。

郵便番号 910-××××

住所 福井県福井市××3丁目×番×号

めがねマンション303号室

電話番号 090 (××××) ××××

届出人の

自筆による署名をしてください。

ふりがな 氏名 福井 花子

死亡した受給権者との関係 妻

〇〇 労働基準監督署長 殿

(注意) この届書には次の書類を添えること。

(1) 受給権者の死亡を明らかにすることができる書類