

年金加入期間確認請求書

山口県市町村職員共済組合 殿

氏名

印

(組合員又は年金受給者との続柄)

住所

(請求理由)

自宅の電話番号 ()-()-()

ア 繰上げ(全部・一部)の老齢基礎年金

イ 老齢又は退職を支給事由とする年金 を請求するため必要があるので、年金加入期間の確認を請求します。

ウ 障害又は死亡を支給事由とする年金

① (ふりがな) 氏 名			② 住 所	④ 組合員証又は共済年金証書の記号番号
	(旧氏名)			
③ 生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日		
⑤ 履 歴				
勤務先の名称及び所在地			期 間	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
			昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
期 間 確 認 通 知 書 必 要 枚 数			通	

この請求をされる際には送付先を書いた返信封筒を同封して下さい。

(裏面の注意をよく読んで記入して下さい。)

記 入 上 の 注 意

※ 請求理由は該当するものに○をつけてください。

※ ①の欄には、戸籍上の正しい氏名を書いてください。また、前に組合員であった人が、組合員でなくなったあとで戸籍上の氏名を変更した場合に限り、最後に組合員でなくなった当時の旧氏名をカッコ内に記入してください。

※ ③の欄は、該当する文字を○で囲んでください。

※ ⑤の欄は、勤務先の名称及び所在地を記入してください。なお、国家公務員等共済組合の組合員期間については、組合名及び所属支部名を記入してください。