

年金額試算依頼書

- 老齢厚生年金
- 退職共済年金 (経過職域加算)
- 退職等年金給付

下記の通り、年金額の試算を依頼します。 職員共済組合 理事長 様		フリガナ								
		依頼者氏名								
令和	年	月	日	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
所属組合名		職員共済組合								
所属所名 (市町村役場 ・事業所名)					退職(予定)年月日		昭和 平成 年 月 日			
組合員証記号番号		※わからない場合は記入不要です。								
フリガナ										
住所		〒			都道府県		市・区 郡			
電話番号		() -			携帯電話番号		() -			
備考欄		※その他質問事項等ありましたらご記入ください。								

- ※ この年金額試算依頼書にて算出する年金額は、将来の年金額を約束するものではなく、現時点の法律に基づくあなたの年金額の目安を示したものです。
- ※ 実際の決定年金額との異なる場合がありますので御了承願います。
- ※ 退職等年金給付の試算については、試算時点の給付算定基礎額に基づく内容となるため、将来の給付額とは大きく異なる可能性があります。
- ※ 加給年金額の加算、基礎年金の繰上げ請求等を含めた年金額の試算は行わず、基本的な事項で試算します。詳しくは、所属組合へ御相談ください。

