

# 年金額試算依頼書

老齢厚生年金

退職共済年金（経過的職域加算）

退職等年金給付

下記の通り、年金額の試算を依頼します。 大分県市町村職員共済組合 理事長 様	フリガナ			
	依頼者氏名			(印)
平成 年 月 日	性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成
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 年 月 日 平成	
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。

