

年金額試算依頼書 (遺族厚生年金用)

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 平成 年 月 日	依頼者氏名				(印)
	フリガナ				
	遺族氏名				続柄 ()
	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	
フリガナ					
住所	〒 都道府県 市・区郡				
電話番号	() -	携帯電話番号	() -		
フリガナ			性別	生 年 月 日	
元組合員氏名			男・女	大正 昭和 平成 年 月 日	
所属組合名	職員共済組合		組合員証記号番号	※わからない場合は記入不要です。	
所属所名 (市町村役場・事業所名)			年金証書記号番号		
退職年月日	昭和 平成 年 月 日	退職事由	定年・普通・勸奨・死亡・その他		
死亡年月日	平成 年 月 日				
遺族自身の他の年金権の有無	有・無	制度名		給付事由	
		共済年金・厚生年金・国民年金		老齢(退職)・障害・遺族	

○試算依頼者と同順位の遺族について

No	続柄	遺族氏名	生年月日	障害の有無
1				有・無
2				有・無

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。
- ※ 死亡日〇〇年〇〇月〇〇日と表示されますので御了承願います。

