

年金加入期間確認請求書（共済用）

石川縣市町村職員共済組合理事長 様

氏 名

住 所

自宅の電話番号（ ） -

繰上げ（全部・一部）の老齢基礎年金
 老齢又は退職を支給事由とする年金
 障害又は死亡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。

(ふりがな) 氏 名			住 所	
	(旧氏名)		記号番号	(年金証書) 8 6 2 4 0 0
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和			(組合員証)
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	
期 間 確 認 通 知 書 必 要 枚 数			通	
期 間 確 認 通 知 書 送 付 先			本人あて ・ 所属所あて	

(裏面の注意をよく読んで記入してください。)

記入上の注意

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、その制度の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。
2. の欄は、該当する文字を で囲んでください。
3. の欄は、年金証書番号記号または組合員記号番号を記入してください。
4. の欄は、該当する文字を で囲み、所属所名を記入してください。