

年金加入期間確認請求書（共済用）

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日請求

ふりがな

請求者氏名

住所（〒 - ）

自宅の電話番号（ - - ）

組合員等との関係 本人・配偶者・遺族・その他（ ）

（請求理由）

ア．一部繰上げの老齢基礎年金

イ．全部繰上げの老齢基礎年金

ウ．老齢・退職・障害・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		住所	
組合員等氏名	(旧氏名)		
生年月日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日	証書番号	
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
期間確認通知書必要枚数		通	

（裏面の記入方法をよく読んで記入して下さい。）

< 記入方法 >

項 目	記 入 方 法
請 求 者 氏 名 ・ 印	他の公的年金を請求する方の氏名及びふりがなを記入し、必ず押印してください。
住 所	請求者の住所を都道府県名から記入してください。
自 宅 の 電 話 番 号	請求者の電話番号を市外局番から記入してください。
組 合 員 等 と の 関 係	請求者と「 組合員等の氏名」欄に記入した者との関係を記入してください。
請 求 理 由	請求する他の公的年金の種類について、ア・イ・ウのいずれかを で囲んでください。
組 合 員 等 氏 名	組合員、元組合員であった者の氏名及びふりがなを記入してください。 (公務員を退職後、戸籍上の氏名を変更した場合は、組合員であった当時の旧氏名を記入してください。)
住 所	の組合員等の住所を都道府県名から記入してください。
生 年 月 日	の組合員等の生年月日を記入してください。
証 書 番 号	(1) 請求者が組合員等または配偶者である場合 の組合員等が、年金受給者である場合は、本組合の年金証書記号番号を記入してください。年金の受給権を有していない場合は空欄で結構です。 (2) 請求者が遺族である場合 遺族共済年金または遺族年金を受給している場合は、その年金証書記号番号を、請求中の場合は、元組合員が死亡当時まで受給していた年金の証書記号番号を記入してください。
履 歴	の組合員等が公務員として勤務した勤務先(都道府県庁または市町村役場等を言い、その内部組織上の部課公所等の異動は除く。) の名称、所在地、勤務された期間を記入し、その他の民間会社等の期間は記入しないでください。
期 間 確 認 通 知 書 必 要 枚 数	必要とする枚数を記入してください。