

事務局長	課長	係長	係

年金加入期間確認請求書

香川縣市町村職員共済組合 殿

〒

住 所

氏 名

請 求 者

生年月日 M T 年 月 日
 S H

電話番号 ()-()-()

(請求理由)

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 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。

障害又は死亡を支給事由とする年金

ふりがな		住 所	
氏 名			
ふりがな 旧氏名			
生年月日	M T 年 月 日 S H	番 号	—
履		歴	
勤務先の名称及び所在地		期 間	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
期間確認通知書必要枚数		通	