

年金見込額等の情報提供依頼書

共済期間に係る年金見込額等の情報提供を依頼します。

令和 年 月 日

地方職員共済組合団体共済部理事長 殿

基礎年金番号	共済組合 記入欄	団体番号				組合員番号				
基礎年金番号	—									
(フリガナ)										
氏名										
生年月日		昭	和	年	月	日				
住所	〒	—								
電話番号	()	—						
共済制度加入中の 勤務先(団体名)										
試算条件 ※ 在職中の方の場合 は退職予定日を記入 してください。		令	和	年	月	日	退	職	予	定
備考										

※ この試算では、共済組合の組合員期間に係る年金見込額のみを計算します。あらかじめご了承ください。

提出・お問合わせ先

〒102-0082 東京都千代田区一番町 25 番地 全国町村議員会館 6 階 地方職員共済組合団体共済部 年金課 審査係 電話：03-3261-9521
