

年金加入期間確認請求書 (共済用)

群馬県市町村職員共済組合 様

氏 名

生年月日 年 月 日

郵便番号 ー

住 所

自宅の電話番号() - () - ()

(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
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。

① (フリガナ) 氏 名		② 住 所	
	旧氏名		
③ 生年月日	年 月 日	④ 番 号	
⑤ 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	
期間確認通知書必要枚数		通	

受付組合
受付印

所属組合
受付印

記 入 上 の 注 意

- 1 請求理由の欄は、該当する請求理由を○で囲んでください。
- 2 ①の欄には戸籍上の正しい氏名を書いてください。また、退職後に氏名を変更した方は、最後に組合員でなくなった当時の旧氏名を記入してください。
- 3 ④の欄には、年金受給者の方については年金証書記号番号、それ以外の方は組合員証記号番号をそれぞれ記入してください。
- 4 ⑤の欄は、公務員の期間は通算されますので、すべての公務員の期間を記入してください。
地方公務員共済組合の組合員期間については、勤務先の名称及び所在地を記入してください。なお、国家公務員共済組合の組合員期間については、組合名及び所属支部名を記入してください。
所在地について、市町村合併等でわからない場合は、わかる範囲で記入してください。

※ 配偶者の加入期間に基づき期間証明を請求する場合
(遺族の年金を請求する場合など)

- 1 請求者とその配偶者の相互の関係を明らかにすることができる戸籍謄本を添付してください。
- 2 ①～⑤の欄は、組合員であった方について記入してください。