

年金加入期間確認請求書

福岡県市町村職員共済組合理事長 殿

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
- 配偶者の公的年金

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 (ふりがな) 氏名		③ 組合員証 記号番号	記 号	番 号	
	(旧氏名)				
② 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	④ 年金証書 記号番号 864600
⑤ 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
期間確認通知書必要枚数			通		

(裏面の注意をよく読んで記入して下さい。)

記 入 上 の 注 意

1. ①の欄には、戸籍上の正しい氏名を書いて下さい。また、戸籍上の氏名を変更した場合は、旧氏名をカッコ内に記入して下さい。
2. ②の生年月日欄は、該当する元号を○でかこみ、戸籍上の生年月日を記入して下さい。
3. ③の欄は、福岡県市町村職員共済組合の組合員であった期間又は任意継続組合員であったときの組合員証の記号番号を記入して下さい。
4. ④の欄は、年金受給者の場合、年金証書記号番号を記入して下さい。