

# 年金額試算依頼書（遺族厚生年金用）

|                                                       |  |                |                |                         |                            |
|-------------------------------------------------------|--|----------------|----------------|-------------------------|----------------------------|
| 下記の通り、年金額の試算を依頼します。<br>福井県市町村職員共済組合 理事長 様<br>令和 年 月 日 |  | 依頼者氏名          |                |                         |                            |
|                                                       |  | フリガナ           |                |                         |                            |
|                                                       |  | 遺族氏名           |                | 続柄 ( )                  |                            |
|                                                       |  | 性別             | 男・女            | 生年月日                    | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |
| フリガナ                                                  |  |                |                |                         |                            |
| 住所                                                    |  | 〒 都道府県 市・区郡    |                |                         |                            |
| 電話番号                                                  |  | ( ) -          | 携帯電話番号         |                         | ( ) -                      |
| フリガナ                                                  |  |                |                | 性別                      | 生年月日                       |
| 元組合員氏名                                                |  |                |                | 男・女                     | 大正<br>昭和<br>平成 年 月 日       |
| 所属組合名                                                 |  | 職員共済組合         |                | 組合員証記号番号                |                            |
| 所属所名<br>(市町村役場・事業所名)                                  |  |                |                | 年金証書記号番号                |                            |
| 退職年月日                                                 |  | 昭和<br>平成 年 月 日 |                | 退職事由<br>定年・普通・勧奨・死亡・その他 |                            |
| 死亡年月日                                                 |  | 令和 年 月 日       |                |                         |                            |
| 遺族自身の他の年金権の有無                                         |  | 有・無            | 制度名            |                         | 給付事由                       |
|                                                       |  |                | 共済年金・厚生年金・国民年金 |                         | 老齢（退職）・障害・遺族               |

○試算依頼者と同順位の遺族について

| No | 続柄 | 遺族氏名 | 生年月日 | 障害の有無 |
|----|----|------|------|-------|
| 1  |    |      |      | 有・無   |
| 2  |    |      |      | 有・無   |

|     |                         |  |  |  |
|-----|-------------------------|--|--|--|
| 備考欄 | ※その他質問事項等ありましたらご記入ください。 |  |  |  |
|     |                         |  |  |  |

※ この年金額試算依頼書にて算出する年金額は、将来の年金額を約束するものではなく、現時点の法律に基づくあなたの年金額の目安を示したものです。

※ 実際の決定年金額との異なる場合がありますので御了承願います。

※ 死亡日〇〇年〇〇月〇〇日と表示されますので御了承願います。

受付組合受付印

所属組合受付印