

このまま郵送又はご送信ください

在職年金試算依頼書

.....年.....月.....日

全国信用金庫厚生年金基金

年金サービスグループ 行

業務部 F A X . 03-5159-7519

T E L . 03-5159-7510

(署名)

(自宅住所)

〒..... 県..... 市・郡..... 町.....

(自宅電話番号)

(連絡先電話番号)

..... - -

在職年金の試算は、国の年金額がわかる場合に受け付けます。

年金事務所の『制度共通年金見込額照会回答票』等の写しを必ず添付してください。

●下記の内容について年金・一時金額の試算計算を依頼します。

※加入員番号	氏名	生年月日	在職年金該当年月日
	フリガナ	年 月 日	年 月 日(歳)
試算条件 i) 報酬標準給与の月額(変更後の額) 千円 ii) 高年齢雇用継続給付金の受給 あり・なし iii) 支給対象月の賃金 千円			添付資料 コピー 枚

※加入員番号が不明の場合は、記入してください
 (事業所名) (店名) (入庫年度)

●回答方法 (希望する回答方法を○で囲んでください)

1. 上記本人自宅宛に郵送 (親展扱い)

2. 事業所宛に郵送 (親展扱い)

〒..... 県..... 市・郡..... 町.....

(事業所名)

(部署名)

以上