（別紙様式３－１）

年金額試算依頼書

□ 老齢厚生年金

□ 退職共済年金（経過的職域加算）

□ 退職等年金給付

下記の通り、年金額の試算を依頼します。 高知県市町村職員共済組合　理事長　様 令和　　年　　月　　日	フ　リ　ガ　ナ				
	依　頼　者　氏　名				
	性　別	男・女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	

所属組合名	高知県市町村職員共済組合		
所属所名 （市町村役場 ・事業所名）		退職（予定）年月日	令和　　年　　月　　日
組合員証記号番号	－ ※わからない場合は記入不要です。	基礎年金番号	※わからない場合は記入不要です。
フ　リ　ガ　ナ			
住　　所	〒　　－ 都道府県　　市郡区		
電　話　番　号	（　　）　　－	携帯電話番号	（　　）　　－
備　考　欄	※その他質問事項等ありましたらご記入ください。 （例）65歳時点の老齢年金額試算を希望		

※ 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。
※ 退職等年金給付の試算については、試算時点の給付算定基礎額に基づく内容となるため、将来の給付額とは大きく異なる可能性があります。
※ 加給年金額の加算、基礎年金の繰上げ請求等を含めた年金額の試算は行わず、基本的な事項で試算します。詳しくは、所属組合へ御相談ください。

受付組合受付印

所属組合受付印