（別紙様式３－２）

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。 職員共済組合　理事長　様 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 昭和 平成　　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	（　　）　　－	
元組合員（死亡した方） フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	大正 昭和 平成　　年　　月　　日	
所属組合名	高知県市町村職員共済組合		基礎年金番号	※わからない場合は記入不要です。	
所属所名 （市町村役場 ・事業所名）			年金証書記号番号		
退職年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		退職事由	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	共済年金・厚生年金・国民年金	給付事由	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○○年○○月○○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