

年金加入期間確認請求書（共済用）

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

氏 名

印

生年月日

年

月

日

郵便番号

住 所

自宅の電話番号（ ） - （ ） - （ ）

（請求理由）

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 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。

障害又は死亡を支給事由とする年金

(フリガナ) 氏 名		住 所	
	(旧氏名)		
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	番 号	
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	
		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	