

☐ 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

年金額試算依頼書

下記の通り、年金額の試算を依頼します。 川崎市職員共済組合 理事長 様		フリガナ			
		依頼者氏名			
		性別	男・女	生年月日	昭和 平成
令和	年	月	日		
所属組合名	川崎市職員共済組合				
所属所名			退職（予定）年月日	平成 令和	年 月 日
組合員証記号番号 （職員コード）					
フリガナ					
住 宅 所 （ 自 宅 ）	〒 ー 県 市・区 郡				
電 話 番 号	（ ） ー		携 帯 電 話 番 号	（ ） ー	
概 算 書 送 付 方 法 （どちらかに○をしてください）	1 郵 送	→ 上記住所あてに送付します。			
	2 庁内（通送）便	→ 所属を御記入ください。 局 室 区 部 課			
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ることから、原則として試算の対応は行っておりません。

※ 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