

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。 川崎市職員共済組合 理事長様		フリガナ		
令和 年 月 日		性別	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 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 年 月 日 令和	
組合員証記号番号 (職員コード)				
フリガナ				
住 所 (自宅)	〒	一	県都	市・区 郡
電話番号	() -	携帯電話番号	() -	
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(遙送)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あります。

※ 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