

年金額試算依頼書

- 老齢厚生年金
- 退職共済年金（経過職域加算額）
- 退職年金（退職等年金給付）

下記の通り、年金額の試算を依頼します。 香川縣市町村職員共済組合 理事長 様	フリガナ			
	依頼者氏名			
	令和 年 月 日	性別 男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
所属組合名	香川縣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		昭和 平成 令和 年 月 日	
組合員等記号・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・区 郡	
電話番号	() -	携帯電話番号	() -	
備考	※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。
- ※ 退職年金の試算については、試算時点の年金現価率及び基準利率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。

