

共 済 組 合 電 話 相 談 申 込 書		
所属所名 (最終所属所名)		
組合員証番号 (年金証書記号番号)		
基礎年金番号		
ふりがな		生 年 月 日
組合員氏名	昭和 平成	年 月 日
住 所		
相談希望日時 電話番号	相談時間は土、日、祝日を除く午前9時～午後5時	
	年 月 日 ( )	時 分頃から
	共済組合からの連絡を希望する電話番号(携帯電話可)	
	電 話 ( )	-
相談内容 (下記のうち該当する者に○を付け、できるだけ詳しく記入してください)		
1 年金(老齢、遺族、障害等)制度に関すること 2 年金額(加給年金、繰上げ・繰下げ等)に関すること 3 医療保険制度に関すること 4 貸付に関すること 5 その他 ※ 相談等の詳細をお書きください		

○予約状況により、申込された時間を調整する旨の連絡をする場合がありますので、御承知おきください。

○相談内容については、詳しく記入願います。

**F A X の送信先 (送付状は必要ありません)**

**F A X 番号 : 054-221-0020**

《公立学校共済組合静岡支部 年金担当》

E-mailアドレス	(資料等のやりとり等で使用することがありますので、お持ちの方はご記入ください)
------------	---