

所属所（最終）名		組合員証番号	
基礎年金番号		年金証書記号番号	
フリガナ		性別	昭和 ・ 平成
組合員氏名		男・女	生年月日 年 月 日
来訪者	フリガナ	組合員との続柄	
	氏名	本人 ・ その他（ ）	
	住所	〒	
	電話番号	— —	携帯番号 — —

相談希望日時（下記の日時の希望する時間を○で囲んでください。）

相談希望日時 (開始予定時間)	令和 年 月 日（会場名： ）			
	9時30分から	10時15分から	11時00分から	12時50分から
	13時35分から	14時20分から	15時05分から	15時50分から
	<p>お願い ※ 相談時間は お一人(1組)様 原則 40分とさせていただきます。</p> <p>※ 相談は予約制です。相談日の3日前までに必ず御予約ください。</p> <p>※ 御希望のお時間に先約がある場合、日時の変更をお願いすることがあります。</p>			

相談内容（下記のうち該当するものに○をつけ、できるだけ詳しく記入してください。）

○ 年金制度について

- 1 老齢年金等の請求手続きについて
- 2 年金の受給要件について
- 3 年金額について
- 4 加給年金額について
- 5 年金の繰上げ受給又は繰下げ受給について
- 6 年金の停止額について（在職老齢年金）
- 7 遺族年金の請求手続きと未支給年金について
- 8 年金払いの退職給付について

○ 退職後の医療保険(健康保険)制度について

- 9 任意継続組合員制度について
- 11 その他の健康保険制度について
- 12 医療費について
- 13 被扶養者の認定について

○ その他

- 14 上記以外の相談について

相談内容

FAXの送付先（送付状は必要ありません。）

FAX番号：054-221-0020

《公立学校共済組合静岡支部 年金相談窓口》

静岡支部
受付印