

年金・福利巡回相談会申込書

受付番号

所属名 (最終所属名)			
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	昭和 ・ 平成
組合員氏名			年 月 日
来訪者	ふりがな	組合員との続柄	
	氏名	本人	その他 ( )
	住所	市 区 町 電話番号 ( ) -	
相談希望日時		年 月 日 (会場名: ) 時 分頃から (相談時間は午前10時~午後4時となります)	
<b>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。)</b>			
1 退職後の健康保険関係 2 医療費に関すること 3 年金の請求手続きについて 4 年金の受給要件について 5 年金額に関すること 6 老齢基礎年金について 7 年金の併給調整・選択換えについて 8 年金の停止額について 9 住所・金融機関等の変更について 10 扶養親族等申告書について 11 年金証書の再交付について 12 扶養親族等申告書の再交付について 13 貸付金に関すること 14 その他 ( )		相談内容 _____ <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	

※ 提出期限は、相談実施日の前日までとなります。  
また、相談は予約制になります。

FAXの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)