

年金加入期間確認請求書

令和 年 月 日

公立学校共済組合 東京支部長 殿

氏名

住所〒

自宅の電話番号

年金加入期間の確認を請求します。

《請求理由》 該当する番号を○で囲んでください。

- 一部繰上げの老齢基礎年金の請求に必要となるため
- 老齢又は退職を支給事由とする年金の請求に必要となるため
- 障害又は死亡を支給事由とする年金の請求に必要となるため
- 配偶者の年金請求に必要となるため

① (フリガナ) 組合員又は組合員であった方の氏名	生年月日		大正 昭和 年 月 日 平成
	旧氏名	改氏名 年 月 日	年 月 日
② 記号番号	(イ) 年金証書記号番号	(ロ) 待機者番号	(ハ) 整理番号
	—		(支部) (年度) (番号) — —
③ 期間の表示			
勤務先の名称		期間	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
確認通知書所要数		通	

※ 平成27年10月以降は、年金加入期間確認通知書は原則として不要となります。

【記入上の注意】

- ②(イ)は遺族・障害年金の受給権のある方のみ、(ロ)は老齢厚生年金の待機者のみ、(ハ)は記入不要です。
- ③には、公立学校共済組合東京支部の期間のほか、他共済・他支部の組合員期間がある方は、その期間も分けて記入してください。(勤務先名はその共済組合での最後の勤務先を記入してください。)
- 発行部数は、提出先(日本年金機構、私学共済)の数のみで、控え用等の発行はしません。
- 請求の際は、返信用封筒(84円切手貼付)を添えてください。ご自宅に送付します。