

# 年金相談受付(処理)票

太枠内にご記入ください。

本人	加入員番号		生年月日	大・昭・平	年	月	日
	フリガナ				性別	男・女	
	氏名				基礎年金番号		
	住所	〒  Tel					
	相談事項 (番号を○で囲む)	1・基金の年金見込額に関すること。 2・基金の年金裁定(年金額決定)に関すること。 3・基金の年金支払いに関すること。 4・その他( )					
注：基金の年金見込額試算結果については、実際の年金額と異なる場合があることに了解します。							
						了解済印	㊟

\*代理人へ依頼する場合は、次の代理人覧にご記入のうえ、本人の署名捺印が必要です。

代理人	フリガナ				本人との関係		
	氏名				配偶者・子・事務担当者・その他( )		
	住所	〒  Tel					
	本人が来られない理由	1・病弱 2・老齢 3・仕事中 4・その他( )					
	私の年金に関する事を代理人に委任します。 本人署名 _____ ㊟						

処理結果	1・完結 2・見込額回答票送付 3・再来訪 4・その他
------	-----------------------------

受付年月日

## 《注意》

☆窓口にお越しの際は必ず加入員証(身分証明証)をお持ち下さい。

☆ご郵送での年金相談には必ず加入員証(写)を添付してください。

☆なお、いかなる場合においても加入員証(身分証明書)をお持ちでない方、本人以外の方(委任状をお持ちの方は除く。)の年金相談はお断りさせていただきますのでご了承下さい。

担当者確認

--