

退職者用

老齡厚生年金試算依頼書

下記のとおり、組合員期間にかかる老齢厚生年金の試算を依頼します。

氏名（カナ）		依頼年月日	令和	年	月	日
氏名（漢字）		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成		
				年	月	日
退職時の 共済組合	<input type="checkbox"/> 地方職員共済組合 大阪府支部	退職時の所属	<input type="checkbox"/> 大阪府庁			
			<input type="checkbox"/> 独立行政法人			
基礎年金番号		退職 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
				年	月	日
送付先住所 （※１）	〒	一	電話番号	一	一	
備考 （※２）						

(※1) 共済組合の登録住所以外の住所をご希望の場合は確認させていただく場合がありますので予めご了承ください。

(※2) 年金を繰上げ請求した場合の試算をご希望の際は、繰り上げ請求年月日を記入してください。

年金受給権発生後の試算、繰下げた場合の試算は、地方職員共済組合本部にお問合せください。（地方職員共済組合本部コールセンター 03-3261-9850）

注意事項

- 一般的な老齢厚生年金の試算となります。（加給年金等の追加加算分は加味されません。）
 - 試算依頼による年金の試算額は、特別な理由がない限り一人につき一回の提供となります。
 - 110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
- 切手がない場合は、ご一報のうえ着払いにて発送します。

記入例

てください

退職者用

下記のよう

退職時の共済組合が地方職員共済組合大阪府支部以外（国家公務員、教職員、警察共済、市役所勤務の方など）の場合は、共済組合が異なるため試算できません。

大阪府庁の場合は所属部署（出先機関の場合は事業所等）、独立行政法人の場合は事業所名を記入してください。

氏名（カナ）	キョウサイ タロウ	依頼年月日	令和 7 年 11 月 1 日
氏名（漢字）	共済 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 5 年 1 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 月 1 日
退職時の共済組合	<input checked="" type="checkbox"/> 地方職員共済組合 大阪府支部	所属	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪府庁 総務サービス課 <input type="checkbox"/> 独立行政法人
基礎年金番号	〇〇〇〇－〇〇〇〇〇〇	退職年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
送付先住所（※1）	〒 540 - 0008 電話番号 090 - 0000 - 0000 大阪府中央区大手前3-1-43		
備考（※2）	令和35年1月1日（60歳誕生日）に繰上げ請求した際の金額の試算をお願いします。		

（※1）共済組合の登録住所以外の住所をご希望の場合は確認させていただく場合がありますので予めご了承ください。

（※2）年金を繰上げ請求した場合の試算をご希望の際は、繰り上げ請求年月日を記入してください。

年金受給権発生後の試算、繰下げた場合の試算は、地方職員共済組合本部にお問合せください。（地方職員共済組合本部コールセンター 03-3261-9850）

注意事項

- 一般的な老齢厚生年金の試算となります。（加給年金等の追加加算分は加味されません。）
- 試算依頼による年金の試算額は、特別な理由がない限り一人につき一回の提供となります。
- 110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
切手がない場合は、ご一報のうえ着払いにて発送します。