

年金加入期間等報告書

下記のとおり報告します。		氏名	長野 一郎											
長野県市町村職員共済組合 理事長 様		生年月日	昭和・平成	○	年	5	月	6	日					
令和 ○ 年 4 月 1 日		組合員証号	9999-1111											
所属機関の名称	○○町		基礎年金番号	9	8	7	6	—	5	4	3	2	1	0

〈年金制度〉

ア. 国民年金	イ. 第1号厚生年金	ウ. 第2号厚生年金 (国家公務員共済組合)
エ. 第3号厚生年金 (地方公務員共済組合)	オ. 第4号厚生年金 (私立学校振興・共済事業団)	

1 年金加入期間 (履歴順に記入してください。)

年金制度 (上表より選択の上、○してください。)	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	勤務先	共済組合名 (ウ、エのみ)
1 <input checked="" type="radio"/> ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> 25 年 5 月 5 日	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> 26 年 4 月 1 日	学生	
2 ア <input checked="" type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> 26 年 4 月 1 日	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> 27 年 4 月 1 日	○○株式会社	
3 ア <input type="radio"/> イ <input checked="" type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> 27 年 4 月 1 日	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> ○ 年 4 月 1 日	○○病院	○○省 共済組合
4 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input checked="" type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 <input checked="" type="radio"/> ○ 年 4 月 1 日	昭 平 令 年 月 日	○○町	長野県市町村 職員共済組合
5 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
6 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
7 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
8 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
9 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
10 ア <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ <input type="radio"/> エ <input type="radio"/> オ	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
離婚時みなし被保険者期間または 被扶養配偶者みなし被保険者期間	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
年金未加入期間等	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		

2 国家公務員共済組合または地方公務員共済組合から受けている老齢・障害給付の年金

該当する番号に○してください。2または3に○した方は、右欄に○及び記入してください。(別途「年金受給権者再就職届書」の提出が必要となります。)

<input checked="" type="radio"/> 1. 受けていない <input type="radio"/> 2. 受けている (全額支給停止の場合を含む) <input type="radio"/> 3. 請求中	年金の種類	年金証書の記号番号
	<input type="radio"/> ・老齢または退職 <input type="radio"/> ・障害	