

公 的 年 金 調 書

|                                     |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------|---|---------|---|
| 氏名                                  |  | 生年月日                                                 |  | 昭和<br>平成                | 年 | 月       | 日 |
| 住所                                  |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 最終離職時までの勤務状況（５年間について記入）             |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 勤務期間                                |  | 勤務先名称                                                |  | 所在地                     |   | 電話      |   |
| 年　月～　年　月                            |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 年　月～　年　月                            |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 年　月～　年　月                            |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 年　月～　年　月                            |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 勤務したことがない場合                         |  | ア．　　自営　　　　　　　　　イ．　その他（　　　　　　　　　）                     |  |                         |   |         |   |
| 国民年金の加入状況                           |  | ア．　加入している　　　　　　　　　イ．　加入していない                         |  |                         |   |         |   |
| 年金手帳の記号番号<br>（加入者のみ記入）              |  |                                                      |  | 加入年月日                   |   | 年　　月　　日 |   |
| 国民年金以外の年金加入状況                       |  | ア．　加入している<br>（又は加入していた）　イ．　加入していない　ウ．　不明             |  |                         |   |         |   |
| 加入している年金の加入期間<br>（又は加入していた）         |  | 年　　月～　年　　月                                           |  |                         |   |         |   |
| 年金の記号と番号                            |  | 第　　号                                                 |  |                         |   |         |   |
| 加入している年金の種別<br>（又は加入していた）           |  | ア．　厚生年金保険　イ．　各種共済組合　ウ．　職員保険　エ．その他<br>（名称             |  |                         |   |         |   |
| 現在の障害を受けた時期                         |  | 年　　月　　日                                              |  |                         |   |         |   |
| 障害を受けた場所、原因                         |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 現在までに公的年金を請求したことが                   |  | ア．　ある　　　　　　　　　イ．　ない                                  |  |                         |   |         |   |
| 請求した結果                              |  | ア．　却下された　イ．　まだ結果がでていない　ウ．　年金としてうけている<br>エ．　一時金としてうけた |  |                         |   |         |   |
| 現在受けている年金<br>証書の記号番号                |  | 記号　　　　　　　　　番号                                        |  |                         |   |         |   |
| 現在受けている年金の種類                        |  |                                                      |  |                         |   |         |   |
| 年金の種類                               |  |                                                      |  | 左の年金の中の種類               |   |         |   |
| a 国民年金　　　　　b 厚生年金                   |  |                                                      |  | ア 障害年金又は障害補償年金　イ 廃疾年金   |   |         |   |
| c 共済組合の年金　　　d 船員保険の年金               |  |                                                      |  | ウ 老齢年金　　　　　　　　　エ 退職年金   |   |         |   |
| e 労災保険の年金                           |  |                                                      |  | オ 在職年金　　　　　　　　　カ 遺族年金   |   |         |   |
| f 恩給法にもとづく給付<br>（軍人恩給、増加恩給、公務扶助料など） |  |                                                      |  | キ 恩給法による給付（名称　　　　　　　　　） |   |         |   |
| g その他の年金（名称　　　　　　　　　）               |  |                                                      |  | ク 老齢福祉年金　　　　　　　ケ 障害福祉年金 |   |         |   |
|                                     |  |                                                      |  | コ 母子福祉年金　サ その他（名称       |   |         |   |
|                                     |  |                                                      |  | 市町村担当職員                 |   | 印       |   |
|                                     |  |                                                      |  | 氏　名　印                   |   |         |   |