

特例による退職共済年金
決定・改定請求書
(別個の給付)

共済組合定終用

共済組合受付印

記入上の注意事項

- 記入にあたっては、楷書でていねいに記入してください。
- 網かけがしてある部分は、記入不要です。
- 受給権者番号は、在職時の8桁の組合員番号（職員番号）となります。
- 基礎年金番号は、日本年金機構から交付された「年金手帳」又は平成9年に所属経由で交付された「基礎年金番号通知書」により正確に記入してください。
もし、「年金手帳」等をなくし番号がわからない場合は、最寄の年金事務所で確認のうえ記入してください。
- 住民票コード番号は、平成14年8月頃に住所地の市区町村から「住民票コード通知書」により通知のあった11桁の番号です。
もし、「住民票コード通知書」をなくして番号がわからなくなった場合は、住民票を添付してください。
- 公的年金制度とは、下の表にある法律に基づく年金制度のことをいいます。

ア 国民年金法	イ 厚生年金保険法
ウ 船員保険法（昭和61年4月以降を除く）	エ 国家公務員共済組合法
オ 地方公務員等共済組合法	カ 私立学校教職員共済組合法
キ 農林漁業団体職員共済組合法	
- 年金の種類とは、「老齢又は退職」、「障害」、「遺族」をいいます。
例えば、遺族厚生年金を受給（または請求中）している場合は、（遺族）と記入してください。
- 国民年金の老齢基礎年金を繰上げ請求している場合は、「全部繰上」と「一部繰上」の二種類があるため、どちらを請求しているか ☒ を付けて、日本年金機構が請求書を受け付けた日（受理日）も記入してください。
- 公的年金の受給状況の欄に記入漏れがあったり、年金証書のコピーなど必要書類の添付がないと、年金支給額に誤りが生じ、後日に返還していただくこともありますのでご注意ください。

8		5		9		6		0		0		受給権者番号		CD		基礎年金番号									
(フリガナ)																性別		生年月日		昭和 年 月 日					
請求者の氏名																<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
受給権発生年月日		平成 年 月 日 (歳)										特例による退職共済年金の発生年月日				平成 年 月 日 (歳)									
退職年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 平成										退職事由				<input type="checkbox"/> 1 定年 <input type="checkbox"/> 2 普通 <input type="checkbox"/> 3 勸奨									
住所		〒				—				住民票コード番号															
		(フリガナ)																							
住所コード（記入不要）																									
		TEL ()																							
現在、公的年金制度から年金を受けていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		<input type="checkbox"/> 1 受けている。（現在、支給停止となっている年金も含む。） <input type="checkbox"/> 2 受けていない。 <input type="checkbox"/> 3 現在、年金を請求中である。 ◆公的年金制度名 () ◆年金の種類 () ◆加入期間の月数 (月) <input type="checkbox"/> 4 請求権はあるが、未請求である。																							
上記の1に <input checked="" type="checkbox"/> をした方は、右欄に必要事項を記入し、必要書類を添付してください。		公的年金制度名				年金の種類				年金証書記号番号				受給権発生年月日				支給停止の有無							
																		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部							
																		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部							
		【必要書類】				1 年金証書の全てのコピー 2 最近の年金振込通知書（はがき）のコピー																			
老齢基礎年金支給繰上げ請求中				(<input type="checkbox"/> 全部繰上 <input type="checkbox"/> 一部繰上)				年金事務所の受付年月日				年 月 日													
雇用保険法上の失業給付を受けていますか。（平成10年4月1日以降に年金の受給権が発生する方がお答えください。）																									
<input type="checkbox"/> 1 受けている。 <input type="checkbox"/> 2 受けていない。				<input type="checkbox"/> 3 これから受ける予定である。				雇用保険被保険者番号								—						—			
国会議員や地方議会議員であった（又は現に議員である）期間がある場合には、その期間をご記入ください。																									
1		議会名称								就任年月日				年 月 日				退任年月日				年 月 日			
2		議会名称								就任年月日				年 月 日				退任年月日				年 月 日			
上記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 請求者氏名																									

※ 右面の「記入上の注意事項」、別紙を参照のうえ、請求書を作成してください。

Ver1.2(2024/03)