

文書相談受付票

(太枠内にご記入ください。)

(送付先)	行	送付枚数	枚
-------	---	------	---

① ご記入された方はどなたですか。(口に✓を付けてください。)

- 本人 (以下の②、③欄をご記入ください。)
 本人以外 (以下の②、③、④欄をご記入ください。)

② ご本人または委任した方についてご記入ください。

基礎年金番号 (年金受給者の方は年金コード)										配偶者の有無		有・無			
				-											
フリガナ											男・女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
氏名															
住所	〒	-									電話 ()	-	FAX ()	-	

③ お尋ねになりたいことを詳しくご記入ください。

※ 個人情報に関する相談については、ご本人宛のみの回答とさせていただきます。

④ ご本人以外の方のみご記入ください。

フリガナ											本人との関係			
氏名														
住所	〒	-									電話 ()	-	FAX ()	-

※ ご本人が身体の障害により相談することが困難なため、ご家族が本人に代わって個人情報に関する相談をされる場合は、下記にご記入ください。(下記点線枠内の注意書き参照)

ご本人が身体の障害により相談することが困難な理由	
--------------------------	--

(注) ご家族がご本人に代わって個人情報に関する相談をされる場合は、「ご家族であることを証明できる書類の写し」と、「ご本人が身体の障害により相談することが困難であることを証明できる書類(身体障害者手帳など)の写し」を一緒にお送りください。

(以下の欄は、記入の必要はありません。)

対象者	1. 受給権者	2. 被保険者	3. その他 ()
相談内容	1. 年金制度に関する相談	2. 被保険者記録に関する相談	3. 年金見込額に関する相談
	4. 年金の請求に関する相談	5. 年金証書の内容・年金決定に関する相談	6. 年金の支払に関する相談
	7. 各期支払額の内容・返納金の内訳等	8. その他	・離婚による年金分割
(一人の相談者が2以上の相談を行った場合には、その主なもの1つに○を付けること。)			

受付： 年 月 日 (処理： 年 月 日) 担当者： _____