

年金加入証明書（児童手当用）

次のとおり年金に加入していることを証明します。

フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
加入年金の種類	☐ 厚生年金 ☐ _____ 共済組合 ☐ その他 ()
上記の者が当事業所で年金に加入した年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日

【証明者】

事業所所在地	
事業所名	
電話番号	
代表者又は責任者	
証明年月日	令和 年 月 日

事業主様または年金取扱担当者様へのお願い

この証明は児童手当の受給者が被用者年金(厚生年金、共済年金等)に加入していることを証明するためのものです。受給者の方から申請がありましたら、証明いただきますようよろしくお願いします。

ご不明な点がありましたら下記の事務担当までお問い合わせください。

【事務担当】
〒242-8601
大和市鶴間1-31-7（保健福祉センター内）
大和市こども総務課 手当医療係
TEL：046-260-5608

受付時間：平日 8：30～17：00
（土日・祝日を除く）