

貴事業所の番号をご記入ください。

全国卸商業団地企業年金基金 加入者資格喪失通知書

作成日 令和 6 年 2 月 1 日

証券番号		事業所番号		事業所名称	
2	0	1	0	0	0
-	1	-	9	9	9
株式会社 年金流通センター					

加入者番号	氏名	性別	生年月日	資格喪失年月日	資格喪失理由	備考
00000111-1	(ワカナ) ネンキン 年金	男 女	昭和 平成	平成 令和	① 自己都合 ② 65歳70歳 ③ 死亡 ④ その他	〇〇への異動
基準給与	410 千円	住所	(〒 999 - 9999) 〇〇県〇〇市〇〇〇1-2-3			

退職：退職日、死亡：死亡日
をご記入ください。

該当する理由を○
で囲んでください。

ご記入の住所へ給付のご案内をいたします
ので、間違えないよう、ご記入ください。
加入者が死亡された場合で、遺族が別居されて
いる場合は、加入者・遺族両方の住所をご記入く
ださい。

関係会社への転籍等により、
加入者期間を通算させる場合
は、「〇〇への異動」とご記
入ください。
加入者が死亡された場合は、
遺族の氏名・続柄をご記入く
ださい。
例：年金次郎（子）