

全国卸商業団地企業年金基金 御中

貴事業所の番号(3桁)、名称、
代表者・ご担当者の方の氏名を
ご記入ください。
※回答書は、ご担当者の方へ親展
で郵送いたします。

事業所番号

事業所名

代表者名

担当者名

給付金額照会票

下記の加入者について、貴企業年金基金から支給される給付金額を照会いたしますので、回答願います。

「-」を含めた10桁の番号です。

1. 加入者番号 _____

2. 加入者氏名 (フリガナ) _____

(漢字) _____

3. 生年月日 昭和・平成 年 月 日

4. 資格喪失予定日 令和 年 月 日

(退職日もしくは
65歳誕生日の前日)

計算基準となる年月日をご記入ください。
※直近の加入者記録に変更がないもの
として計算します。

基金使用欄

基金使用欄		