

年 月 日

給付額試算依頼書

事業所番号 事業所名 担当部署名 担当者名	☎ ()		
加入者の氏名			
基金加入者番号			
生年月日	S・H 年 月 日	性別	男・女
退職予定日	年 月 日		
喪失年月日	年 月 日		
給付種類	・老齢給付金 ・脱退一時金 ・遺族給付金 (該当箇所に○をつけて下さい。) ※老齢給付金： 加入者期間15年以上で喪失時60歳以上の者に支給。 加入者期間15年以上で喪失時60歳未満の者が60歳になったときに支給。 ※脱退一時金：加入者期間3年以上で喪失したときに支給。 ※遺族給付金： 加入者期間3年以上の加入者が亡くなったときに支給。 保証期間内に年金受給者が亡くなったときに支給。		
電話回答連絡の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (該当箇所に○をつけて下さい。)	*回答はすべて郵送します。	
《備考》	基金記入欄		
	基金受付年月日 年 月 日		
	事業所回答年月日 年 月 日		

三井物産連合企業年金基金
 TEL 03 (3548) 8230
 FAX 03 (3278) 2550