

平成 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	平成 年 月 日		
喪失年月日	平成 年 月 日		
給付種類	<p>・老齢給付金                      ・脱退一時金                      ・遺族給付金</p> <p>(該当箇所に○をつけて下さい。)</p> <p>※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。</p> <p>※脱退一時金：加入者期間3年以上で喪失したときに支給。</p> <p>※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。</p>		
電話回答連絡の有無	・必要                      ・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》	基金加入欄		
	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