

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	・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	・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>>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">基金加入欄</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 基金受付年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 事業所回答年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> </td> </tr> </table>			基金加入欄	基金受付年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/>	事業所回答年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/>
基金加入欄						
基金受付年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/>						
事業所回答年月日 年 月 日 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/>						

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