

給付金試算依頼書

石川県機械工業企業年金基金 御中

自社退職金支給にあたり、基金からの支給額を調整することとなっているため、以下の加入者の基金からの給付見込額（一時金相当額）の試算を依頼いたします。

氏名	加入者番号	資格喪失年月日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日

資格喪失日記載例

1. 退職（退職した日）
2. 死亡（死亡した日）
3. 65歳到達（65歳の誕生日前日）
4. 転出（転出した日）
5. その他（例：時短等で厚生年金の被保険者とならなかった日）

令和 年 月 日

事業所番号

事業所名

事業主名 _____ (印)

【担当者所属・氏名： _____】

※ご注意

基金に退職予定者の給付金の額を事前に確認する場合、個人情報保護法に基づき、退職予定者ご本人の同意が必要となります。

受付	
回答	
照合	係