

令和 年 月 日

大阪薬業企業年金基金
業 務 課 御 中

企業年金基金老齢給付金額試算依頼書

老齢給付金額の試算をお願いいたしたく、ご依頼します。

フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
加入者番号		
生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
住 所		
電 話 番 号		
試算基準日 [※]	令和	年 月 日

〈個人用〉

※ 試算基準日に該当する項目を下記より選択してください。
退職日の場合は翌日を、それ以外は試算基準日を基に試算します。

(退職予定日 資格喪失予定日 その他 ())

企業年金基金老齢給付金額試算依頼書

委 任 状

大阪薬業企業年金基金
業 務 課 御中

委任日 令和 年 月 日

〔代理人〕

事業所名称

事業所住所

電話番号

事務担当者名

私の企業年金基金の手続きについて、上記の者を代理人と定め次の事項を委任いたします。

〔委任事項〕

1. 老齢給付金の見込額について
2. 老齢給付金の請求について

〔委任者〕

住 所

氏 名

加入者番号

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日

試算基準日[※] 令和 年 月 日

※試算基準日に該当する項目を下記より選択してください。退職日の場合は翌日の資格喪失日を、それ以外は試算基準日を基に試算します。

(退職予定日 資格喪失予定日 その他 ())