

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 (自署の場合は押印不要)	印	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 <sup>※</sup>	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

(自署の場合は押印不要)

加入者番号

生年月日 昭和・平成 年 月 日

試算基準日<sup>※</sup> 令和 年 月 日

印

※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 ( ) )