

平成 年 月 日

出版企業年金基金 御中
(ファックス番号03-5259-9114)

事業所名

所属

担当者 氏名

印

出版企業年金基金の給付見込額等の照会について

下記の者について、基金から支給される給付見込額の照会をいたします。

事業所番号		加入者番号	
加入者氏名			
資格喪失日 (退職日の翌日)	平成	年	月 日
照会事由	1. 退職	2. 65歳到達	3. 死亡

基金からの給付見込額は、一時金額は資格喪失時、15年以上ある方の年金額は60歳時（資格喪失時年齢が60歳以上の方は資格喪失時）の金額となります。

* 基金は個人情報の保護の観点から「回答書」を郵送の扱いとさせていただきます。