

令和 4年 8月 5日

出版企業年金基金 御中

【 FAX番号 03-5259-9114 】

事業所名 株式会社 出版基金

所属 総務部人事課

担当者氏名 基金 太郎



* 押印は事業主印ではなく
担当者の方個人のもので
構いません。

出版企業年金基金 給付見込額照会依頼書

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。

① 事業所番号	3 3 2 0	② 加入者番号	1 2 3 4 5 6
③ 加入者氏名	基金 一郎		
④ 照会事由	① 退職 (資格喪失日は退職日の翌日) ② 65歳到達 (資格喪失日は65歳誕生日の前日) ③ 死亡 (資格喪失日は死亡日の翌日)		
⑤ 資格喪失日	令和 4 年 9 月 1 日付資格喪失 *上記④照会事由に応じた資格喪失(予定)日を記入してください。		
⑥ 加入者期間の取扱い	① 他事業所での加入者期間は含めない ・自社の退職金支給額から当基金の一時金額を控除するためなどに当基金の給付見込額が必要な場合はこちらに○をしてください。 ・過去に他の事業所での加入者期間がある場合でも、その加入者期間を含めずに現在加入中の事業所での加入者期間のみで計算します。 ・他の年金制度から当基金へ移換されている年金資産等がある場合でも、それを含めずに計算します。 ② 他事業所での加入者期間も含める ・従業員の方へ当基金から総額いくら給付されるかお知らせするためなどに当基金の給付見込額が必要な場合はこちらに○をしてください。 ・過去に他の事業所での加入者期間がある場合は、その加入者期間も含めて計算します。 ・他の年金制度から基金へ移換されている年金資産等がある場合は、それも含めて計算します。		

* 押印は事業主印ではなく担当者の方個人のもので構いません。

* 個人情報保護の観点から回答は郵送の扱い(基金登録事業所所在地の担当者の方宛て親展)となります。

* 回答の給付見込額について、一時金は上記⑤資格喪失日時点の金額、年金は60歳時点の金額(上記⑤資格喪失時点の年齢が60歳以上の場合は上記⑤資格喪失日時点の金額)となります。