

令和 年 月 日

近畿化粧品企業年金基金 宛

〒

住 所

電話番号 ()

氏 名

老齢給付金（一時金）概算額試算依頼書

近畿化粧品企業年金基金の老齢給付金（一時金）概算額の通知を依頼します。

記

- ・ 加入者番号 _____
- ・ 氏名 _____
- ・ 生年月日 _____
- ・ 加入事業所名 _____
※加入事業所名とは最後に加入者として所属していた（現在も加入の方は現在の）事業所です。
- ・ 喪失（予定）年月日 _____
〔計算基準日〕
※喪失（予定）年月日とは退職日の翌日です。65歳到達の時は誕生日の前日です。