

(様式3)

一時金及び年金給付額（退職金見合額）算定依頼書

当事業所の下記加入者は、次のとおり退職等により加入者の資格を喪失する予定ですので、下記選択項目にかかる退職金見合額をご教示ください。なお、本人の同意については下記により確認済であることを申し添えます。

記

加入者番号	加入者氏名 ※署名・捺印は本人必ず本人が行ってください	生年月日	資格喪失予定年月日 (退職等の翌日を記入して下さい。)	同意書 必要とする情報に○印して下さい	備考 (通知書必着期限)
例 999999	山田 太郎 (印)	昭和50年1月1日	令和1年5月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 一時金 ・ 年金 について下記事業所へ情報提供することに同意します。	令和1年5月20日
	(印)			一時金 ・ 年金 下記事業所へ情報提供することに同意します。	
	(印)			一時金 ・ 年金 下記事業所へ情報提供することに同意します。	
	(印)			一時金 ・ 年金 下記事業所へ情報提供することに同意します。	
	(印)			一時金 ・ 年金 下記事業所へ情報提供することに同意します。	
	(印)			一時金 ・ 年金 下記事業所へ情報提供することに同意します。	

令和 年 月 日

沖縄県建設業企業年金基金理事長 殿

事業所番号

事業所名称

事業所所在地

事業主氏名

(印)

(担当者氏名

)

(注) 人事に関する事ですから、この依頼書の照会に関し応答できる担当者名をご記入ください。

通知書の返送は、担当者宛の親展といたします。