

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	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	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
				<input type="checkbox"/> 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。	
				<input type="checkbox"/> 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。	
				<input type="checkbox"/> 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。	
				<input type="checkbox"/> 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。	
				<input type="checkbox"/> 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

(担当者氏名)

(注) 人事に関することから、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。