

一時金給付額（退職金見合額）算定依頼書

当事業所の下記加入員につきまして、退職見合額の参考にするため、一時金額を通知してください。

記

| 加入員番号 | 加入員氏名 | 資格喪失予定年月日 (退職日の翌日) 若しくは計算基準日 | 備考 |
|-------|-------|------------------------------------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

以上

平成 年 月 日

愛媛県建設業厚生年金基金理事長 殿

所在地
事業所名
事業主名

⑩

(担当者氏名)

(注) 人事に関することですから、この依頼書の照会に関し応答できる担当者名を記入してください。

通知書の返送は、担当者宛の親展といたします。