

給付見込額回答票依頼書

そくりょう&デザイン企業年金基金 御中

事業所番号		加入者番号	
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
年金見込額の 希望基準日	①	歳 または 令和	年 月 日現在
	②	歳 または 令和	年 月 日現在

※年齢の場合の基準日は誕生日の前日となります。

上記のとおり年金見込額回答票を依頼します。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話番号

ご留意事項

共通

- ご本人の自署でご依頼ください。
- ご本人以外の方がこの依頼書を提出される場合、委任状および代理人の身分証明書を必ず添付してください。

在職者(基金加入中の方)

- 見込額は、現在の報酬が希望基準日まで続くと仮定して算出を行います。
- 受給開始まで期間のある方は実際の金額と大幅に異なる場合がありますのでご了承のうえご依頼ください。