

平成 年 月 日

大阪薬業厚生年金基金
業 務 部 給 付 課 御 中

厚生年金基金退職年金額試算のご依頼

下記の加入員につき、退職年金額の試算をお願いいたしたく、ご依頼申しあげます。

なお、本件照会につきましては、本人の承諾を得ており個人情報保護のため取り扱いには充分配慮することを誓約いたします。

委 任 状

〔代理人〕

社 名

住 所

電 話

事務担当者名

⑩

〔委任者〕 加入員

住 所

氏 名

⑩

生 年 月 日 昭和 年 月 日

加入員番号

試算基準年月日 平成 年 月 日