

令和 年 月 日

名古屋薬業企業年金基金 行

企業年金基金の給付金見込額試算依頼について

私は、当基金の加入者ですが、令和 年 月 日現在の状況における企業年金基金給付金見込額をご回答下さい。

事業所名称 \_\_\_\_\_

加入者（員）番号 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

企業年金基金（厚生年金基金）加入者（員）証のコピーを添付して下さい。

ご案内

見込額のご案内は、上記住所への郵送となります。