

給付見込額依頼書

給付見込額の試算を希望される方は、次の事項をご記入のうえ、当基金にご提出ください。

ふりがな	せいきょう たろう
氏名	生協 太郎
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
生年月日	1990 年 1 月 1 日
電話番号	012-4567-8901
資格喪失予定日 (退職予定日の翌日) ※65歳誕生日前日まで	2022 年 10 月 1 日
加入者番号	999999
回答方法 いずれか一つにチェックし 必要事項をご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> E-mail アドレス(coopkikin@work.odn.ne.jp) <input type="checkbox"/> 郵送 住所 [〒]
備考	

※基金の加入は65歳誕生日前日までとなります。65歳誕生日以降の退職の場合は、「資格喪失予定日」を65歳誕生日前日にしてください。

※E-mailでのご回答を希望される場合、『クリプト便』(リンク先にアクセスをして、Excelファイルをダウンロードする方式)でお送りいたします。Excelファイルをダウンロードすることが可能なアドレスでご依頼ください。

〈あて先〉〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷4-1-9 南部ビル1階
日生協企業年金基金
TEL:03-3497-0881 FAX:03-3497-0882
給付請求手続専用フリーダイヤル:0120-604-608
E-mail:coopkikin@work.odn.ne.jp