

老齢給付金支給停止事由消滅届(上乘せ待期者用)

(兼 代替給付裁定請求書)

請求日を記入してください

サカタインクス企業年金基金理事長 殿

平成 年 月 日 提出

① (フリガナ) 受給権者氏名	基金太郎	② 印	③ 性別	④ 生年月日	昭和 平成 48 年 1 月 1 日 令和
⑤ 年金証書番号	1 2 3 4	⑥ 加入者番号	5 6 7 8		
⑦ (フリガナ) 受給権者住所	郵便番号(550 - 0002) オオサカシニシクエトホリ 大阪市西区江戸堀0-0-0 電話番号(06 - 6447 - 5878)				
⑧ 支払機関	基金	銀行・金庫 信組・農協	江戸堀	支店〔 普通 (総合)・当座・その他〕	〔口座番号 1234567〕
⑨ 支給停止事由 消滅理由	① 60歳に達したため 2. その他 (⑩ 資格喪失年月日	昭和 平成 元 年 5 月 1 日 令和		
⑪ 別紙【重要】お読みいただきたいことを一読のうえ、選択内容を○で囲んでください	1. 選択一時金を受け取る 2. 5年有期年金で受け取る 3. 現行の上乗せ年金で受け取る	通常は「1」を選択してください それ以外の場合は「2」を選択し、その理由を記入してください 退職日の翌日を記入してください 上乘せ年金は、年金とは名ばかりの僅かな金額のため、一時金での受給をおすすめしております。			
⑫ 添付書類	⑪で「1.」の選択一時金を希望された方は「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」を提出してください。 一時金の場合は、必ず提出してください				

処理日	常務理事	事務長	担当者	担当者
年 月 日				

基金受付日