



## 送 付 依 頼 書

独立行政法人 勤労者退職金共済機構  
中小企業退職金共済事業本部 殿

下記事業所より、当解散存続厚生年金基金から中小企業退職金共済制度へ交付（資産移換）措置の申出がありました。

つきましては、「解散存続厚生年金基金から勤労者退職金共済機構への交付（資産移換）措置に係る関係書類」の送付を依頼します。

## 1. 依頼人（解散存続厚生年金基金）

押印してください。

名 称

印

住 所

担 当 部 署 名

担 当 者 名  
( 連 絡 先 )

電 話 番 号

F A X 番 号

解 散 存 続 厚 生  
年 金 基 金 番 号

基 第 号

2. 解散存続厚生年金基金  
の 解 散 認 可 年 月 日

平成 年 月 日

## 3. 交付（資産移換）措置を希望する共済契約者

当該基金に対し、被共済者情報を提供することに同意します。

押印してください。

事 業 所 名

( 法 人 名 又 は 商 号 )

氏 名

( 代 表 者 又 は 事 業 主 名 )

住 所

電 話 番 号

共 済 契 約 者 番 号  
( 既 加 入 事 業 所 )未加入事業所又は未加入  
従業員の加入申込書を提  
出している場合は、印  
及びご記入ください。 新規申込

提出年月日 平成 年 月 日

 追加申込

提 出 先

※ お預かりした個人情報は、法令等に基づき適正な管理と保護に努めるとともに、交付（資産移換）措置業務上の必要な範囲内で利用いたしますのでご了承ください。

## 【送付先】

〒170-8055  
東京都豊島区東池袋1丁目24番1号  
中小企業退職金共済事業本部（略称：中退共）  
契約業務部 契約課  
※FAXをした場合は、**原本は必ず上記へ  
郵送**してください。

## 【お問合せ先】

中小企業退職金共済事業本部  
契約業務部 契約課  
電 話：03-6907-1234(代表)  
FAX：03-5955-8214