



続紙

(この続紙は単独で使用することはできません。)

平成 年 月 日

解散存続厚生年金基金による勤労者退職金共済機構への交付の申出に係る証明書

共済契約者番号

解散存続厚生年金基金番号 基 第 号

(枚中 枚)

一連番号	中退共制度被共済者 フリガナ名	基金の 加入期間 月数	厚生年金基金の加入員資格		交付予定額	交付予定額の交付を希望します。 従業員本人が押印(インク浸透(充填)式の ゴム印又はスタンプ印は不可)又は フルネームでの署名
			取得年月日	喪失年月日		
1		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
2		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
3		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
4		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
5		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
6		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
7		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
8		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
9		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
10		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
11		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
12		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
13		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
14		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	
15		月 	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	