

# 福祉はぐくみ企業年金基金 脱退一時金 繰下げ終了申出書

申出者	事業所名					申出日	令和 年 月 日			
	氏名	(フリガナ)				印				
		姓(漢字)		名(漢字)						
	氏名(漢字)を申出者自らが署名する場合には押印の必要はありません。									
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	(男) ・ (女)			
住所	郵便番号						電話	( )		
繰下げにかかる当初喪失日(休職・休業開始日)						令和 年 月 日				
繰下げ終了日(今回)※						令和 年 月 日				

※休職等が終了する日の翌日(復職日)、退職日の翌日など

[繰下げ終了事由] (該当するものに○印を付けてください。)

1	復職して一時金を合算(通算)する。	
2	退職または退職に準ずる事由で一時金を受給する。	【所得区分:退職所得】
3	上記2以外の事由で一時金を受給する。具体的な事実をご記入ください。 ( )	【所得区分:一時所得】

⇒②または③に該当する場合は、別途、「脱退一時金裁定請求書」をご提出ください。

基金記入欄					
事業所番号	加入者番号	資格喪失日(当初)	喪失事由	受付	
			42		
	基金使用欄	理事長	常務理事	事務長	担当