

常務理事	事務長	課長		担当

一時金の支給額について（照会）

平成 年 月 日

事業所番号	No.	事業所名		
事業所所在地	〒			
事業主名		印	TEL	
			FAX	

当事業所の加入員に係る一時金の支給額について退職金との調整に必要であるので、下記により照会します。

①加入員番号	②加入員氏名	③退職（予定）年月日	④支給額（予定）
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円

1. 照会時には①②及び③の欄にご記入ください。
2. 以後の照会時にはこの用紙を原紙として適宜写しをとってご利用ください。

照会のあった件について、④のとおり回答します。

平成 年 月 日

日本税理士厚生年金基金

