

### 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

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

下記の事項について相違ないことを証明いたします。

解散存続厚生年金基金番号	基	第					号
解散存続厚生年金基金名称							
住所							
電話番号							

記

1 交付予定額の交付を希望する事業主

共済契約者番号							
事業所名 (法人又は商号)							
氏名 (代表者名又は事業主名)							
住所							

2 当基金の解散認可年月日

年	月	日
---	---	---

3 解散基金加入員ごとの加入員資格の取得及び喪失年月日と加入員であった期間の月数並びに中退共制度への交付予定額 ( 枚中 枚)

チェック欄	以下の解散基金加入員は、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、交付予定額の交付（資産移換）措置を希望しており、交付（資産移換）措置について全員同意しています。
-------	--

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
			取得年月日		喪失年月日		
1		月	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円
			<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		
2		月	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円
			<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		
3		月	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円
			<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		
4		月	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円
			<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		
5		月	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	円
			<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		

※ 交付申出前日までに退職した被共済者及び役員（使用人兼務役員を除く）は交付の申出はできません。交付の申出ができない方の申出をした場合は、交付の申出の取下後、新たに交付の申出をしていただくことになりますのでご注意ください。

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

( 枚中 枚)

Table with columns: 一連番号, 中退共制度被共済者 (フリガナ氏名), 基金の加入期間月数, 厚生年金基金の加入員資格 (取得年月日, 喪失年月日), 交付予定額. Rows 1-15.