

受	付	印	支	給	年	月	日	年	月	日	常務理事			係
			支	給	金	額								
			確	認										
			支	給							備	考		

神奈川県医療福祉企業年金基金理事長 殿

## 還 暦 祝 金 請 求 書

(様式第3号)

事 業 主	加入者番号		加入者氏名		Ⓔ	
	加入者資格 取得年月日	昭 平 令 年 月 日				
	生年月日	昭 和 年 月 日 生	事業主証明の日の年齢	満	歳	
の 証 明 委 任 状	上記のとおり相違ないことを証明します。(事業所番号 )					
	年 月 日					
	事業所所在地					
事業所名称						
事業主氏名					Ⓔ	
* 必ず記入してください *						
上記、還暦祝金の受領を事業主(事業主名)						
に、委任します。						
年 月 日						
委任者氏名(請求者)						Ⓔ
振込先金融機関名 (事業所の取引金融機関)			銀 行 信用金庫 信用組合			店
口座種別		普通・当座	口座番号			
口座名						
現金書留を希望する場合の担当者氏名						

\* 請求者本人の口座には振込はできませんので、事業所の口座をご記入くださいますようお願いいたします。

(還暦祝)

第8条 還暦祝は、加入者が在職中に満60歳(誕生日の前日)に達したときに支給する。

2 前項の還暦祝の支給要件および支給額は、次のとおりとする。

加入者期間 1年以上 10,000円

\* 加入者期間については、在職中の事業所で、継続した加入者期間によるものとする。

(権利の消滅)

第11条 この規定による給付を請求する権利は、その給付事由の発生した日の翌日から起算して2年以内に行使しないときは、時効により消滅するものとする。