

【再加入通知書】（1枚）…休職者が復職したとき

確定給付企業年金(基金型) 再加入者通知書(期間加算方式) 平成 年 月 日事業所提出分 平成 年 月 日提出

住友生命保険相互会社 御中

契約番号									
2	8	0	0	7	4	0	4	1	

処理コード		
T	J	07

証券番号							
2	8	0	0	*	*	*	*

通知枚数	
	枚

事業所名称 ○○○○ ○○○○

基金名

事業主氏名 ○○○○ ○○ ○○

理事長名

代表者印の押印は不要です。
(押印があっても有効です)

復職日をご記入ください。

※復職以降は復職日を入社日として管理
しますので、入社日訂正は行わないよう
ご注意ください。

(1. 男性 2. 女性) (3. 昭和 4. 平成)

復職者の氏名をカナでご
記入ください。性別・生年
月日をご記入ください。

※性別：1 男性 2 女性
生年月日：3 昭和 4 平成

個人コード	姓	名	性別	制度番号	生年月日	再入社年月日	第1当年度基準給与	第2当年度基準給与
	サトウ	ハナコ	1	4	570630	250301	6000	

再加入時点の基準給与を
ご記入ください。

第1当年度ポイント	第2当年度ポイント	第1ポイント合計金額	第2ポイント合計金額	追加クレジット区分 1:発生日前日 4:発生日当日	追加クレジット額
				1 4	

被保険者番号	証券番号	個人コード	受給資格通算期間	給付算定通算期間	備考
10234*****	2800*****		040401	040401	

休職前の勤続年数（復職後加算する期間）をご記入ください。

※空欄箇所は記入不要です。