

令和 年 月 日

和歌山県病院企業年金基金 殿

事業所所在地  
及び名称  
事業主氏名

印

担当者氏名

## 個人データ開示申請書

当事業所の下記加入者について、個人データである一時金給付額（退職金見合額）についての開示を請求します。

なお、開示内容は基金と共同利用項目であることを本人は了承済みであり、また、個人情報管理規定第11条（第三者提供）を遵守するとともに、当該データの保管期間は受理後1カ月とします。

### 記

| 加入者番号 | 加入者氏名 | 開示内容                                   | 備考 |
|-------|-------|--|----|
|       |       | 一時金給付額（退職金見合額）の算定<br>資格喪失予定年月日（退職日の翌日） |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |
|       |       | 令和 年 月 日                               |    |

以上

（注）人事に関するものですから、この申請書の照会に関し応答できる担当者名を必ず記入してください。

通知書の返送は、担当者宛の親展といたします。