

脱退一時金移換申出書

大阪府病院企業年金基金 御中

「大阪府病院企業年金基金から支給する脱退一時金の取扱いについて」の内容を確認し、以下のとおり選択いたします。

事業所名		加入者番号	
資格喪失日	令和 年 月 日		
フリガナ			
氏名	印 ※		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
フリガナ			
住所	〒		
電話番号	()		

年 月 日提出

※ 氏名を受給権者が自ら署名する場合には押印は不要です。

●脱退一時金の選択区分(②～⑤のうち選択された右欄の口内に○をつけてください。)

脱退一時金を受給せず、下記の年金制度へ移換します。

②	企業年金連合会へ移換します。	
③	再就職先の確定給付企業年金へ移換します。	
④	再就職先の企業型確定拠出年金へ移換します。	
⑤	国民年金基金連合会の個人型確定拠出年金へ移換します。	

【留意事項】

- ・ ②を選択する場合は、脱退一時金より事務費が控除されます。
- ・ ③④を選択するには、再就職先の企業年金規約に脱退一時金の移換ができる旨、定められている必要がありますので事前に確認してください。

【提出書類】

- ・ ②を選択⇒この『申出書』
- ・ ③～⑤を選択⇒この『申出書』および再就職先等から入手した『移換申出書・移換通知書』

【基金使用欄】

常務理事	事務長	部長	課長	係

受付日付印