

一時金裁定請求書

大阪府病院企業年金基金 御中

大阪府病院企業年金基金規約に基づき、下記のとおり一時金を請求いたします。

		年 月 日 提出		
事業所名		加入者番号		
退職年月日	令和 年 月 日			
フリガナ				
氏 名	印 ※			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
フリガナ				
住 所	〒 TEL ()			
一時金の種類 該当するものに○を付けてください。	脱退一時金（１号） ※ 加入者期間３年以上１０年未満の方			
	脱退一時金（２号） ※ 加入者期間１０年以上・一時金請求時点で６０歳未満の方			
	老齢給付金（一時金） ※ 加入者期間１０年以上・一時金請求時点で６０歳以上の方			
受取方法	1.金融機関口座振込 銀 行 フリガナ 信用金庫 支 店 信用組合 労働金庫 農業協同組合 出張所 口座番号（右詰め） 1. 普通預金 [][][][][][][][] 本人名義 2. 当座預金 [][][][][][][][]		2.ゆうちょ銀行口座振込 (通帳番号8桁の場合) 《記号》 [][][][][][][][] 《番号》 [][][][][][][][] 本人名義	

※ 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。

添付書類	1. 生年月日を証する公的書類（マイナンバーカード・運転免許証など）のコピー 2. 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書 3. 退職金の支払を受けた場合は「退職所得の源泉徴収票」（コピー可） 4. 口座番号・口座名義[フリガナ]を確認できる書類(通帳・キャッシュカード等)のコピー
------	---

【基金使用欄】

常務理事	事務長	部長	課長	係

受付日付印