

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	(満 歳) 性別 男・女
フリガナ					
住所	〒				
電話番号	()				
一時金の種類	脱退一時金(1号) ※ 加入者期間3年以上10年未満の方				
該当するものを○で囲んでください。	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			2. ゆうちょ銀行口座振込	
	銀行 フリガナ 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合			(通帳番号8桁の場合) <<記号>> 1 0 <<番号>> 1	
	口座番号(右詰め) 1. 普通預金 2. 当座預金			支店出張所 本人名義 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. 生年月日を証する書類(運転免許証・年金手帳・健康保険証など)の写し 2. 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書 3. 事業所より退職金の支払を受けた場合は退職所得の源泉徴収票 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)の写し
------	---

【基金使用欄】

受付日付印

常務理事	事務長	部長	課長	係