

【G】

老齡給付金 支給繰下げ申出書 (60歳以上)

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、老齡給付金の支給繰下げを申出します。
(現時点では請求を行わず、給付金の原資として保留します。)

		年	月	日提出		
事業所名		加入者番号				
フリガナ				印 ※		
氏名						
生年月日	昭和	年	月	日(歳)	性別	男・女
フリガナ						
住所	〒					
	TEL ()					

※ 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。

【基金使用欄】

常務理事	事務長	部長	課長	係

受付日付印

様

上記の申出により老齡給付金の支給を繰下げします。

老齡給付金の受給を希望される時点で『繰下げ終了届 兼 裁定請求書』を送付しますので、当基金まで連絡してください。

年金での受給を希望される場合は、請求書類を受付した月の翌月分から支給することとなります。

なお繰下げができる期間は最長で65歳到達日までとなります。

大阪府病院企業年金基金

TEL 06(6776)1600