

## 老齢給付金 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、老齢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			
氏名	印 ※		
生年月日	昭和 年 月 日（満 歳）	性別	男・女
フリガナ			
住所	〒		
電話番号	( )		

※ 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齢給付金の支給を繰下げします。  
老齢給付金の受給を希望される時点で同封しております『支給繰下げ終了届』を提出してください。改めて請求書類を送付させていただきます。  
年金での受給を希望される場合は、後日、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ので、提出時期にご留意ください。

大阪府病院企業年金基金  
TEL 06(6776)1600