【F】

老齢給付金（年金）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、下記のとおり老齢給付金（年金）を請求いたします。

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（　　歳）	性別	男 ・ 女
フリガナ 住　　所	〒 ＴＥＬ　　（　　）		
年金の受給期間 番号に○を付けてください。	１．　５年確定年金 ２．１０年確定年金 ３．１５年確定年金 ４．２０年保証終身年金		
受取方法	１.金融機関口座振込 銀　　行 フリガナ 信用金庫 信用組合　　支　店 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 ２．当座預金 本人名義	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. 住民票または戸籍抄本(有効期間６ヵ月・コピー不可) 2. 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

年金証書

受付日付印

R06.12