

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 (満 歳)	性別	男・女	
フリガナ				
住所	〒			
電話番号	()			
年金の受給期間 ○で囲んでください。	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 労働金庫 農業協同組合		2. ゆうちょ銀行口座振込 (通帳番号8桁の場合)	
	支店出張所 口座番号(右詰め) 1. 普通預金 2. 当座預金		支店出張所 1 0 1	
		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. 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)の写し
------	---

【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