

「移換申出書」送付依頼書

① 移換申出者

令和 年 月 日提出

加入者番号							※不明の場合は空欄で結構です。
フリガナ							
氏 名							
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	
取 得 年 月 日	平成 令和	年	月	日	※平成31年4月1日以降に資格取得をされた方が対象となります。		
住 所	〒						
	電話 ()						

② 移換元制度の選択および制度名

○印	制度の種類	制 度 名
	確定給付企業年金(DB)	
	企業型確定拠出年金(DC)	
	個人型確定拠出年金(iDeCo)	
	存続厚生年金基金	
	企業年金連合会	

③ 「移換申出書」の送付先および連絡先

1. 本人自宅(上記住所)

2. 事業所

事業所番号	担当者名
事業所名/所在地	
電話 ()	

- ・ 上記①～③全てにご記入のうえ、当基金までFAXにてご依頼ください。
- ・ 各移換元制度に応じた「移換申出書」を上記③でご指定いただいた送付先に郵送いたします。
- ・ ご不明な点がございましたら基金業務部までお問合せください。