

「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 ※企業年金連合会から移換できる積立金等の有無をご確認のうえ、ご依頼ください。	

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。

〒162-8626 東京都新宿区山吹町11-1
そくりょう&デザイン企業年金基金
業務部 03-3235-7231

基金使用欄	送付日 令和 年 月 日	担当
-------	-----------------	----