

「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。				
基礎年金番号 (10桁)					—						
フリガナ 氏名											
生年月日	昭和 平成	年		月		日	性別	男 ・ 女			
自宅住所	〒	—	都道府県				電話	—	—		
事業所名称											
取得年月日 (基金加入日)	令和	年		月		日					

② 移換元制度の選択および制度名 (該当の制度に○印および制度名を記載してください)

○印	制度の種類	制度名
	DB (確定給付企業年金)	
	DC (企業型確定拠出年金)	
	iDeCo (個人型確定拠出年金)	*自動移換された方もコチラ
	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必ずご確認ください
	存続厚生年金基金	

③ 「移換申出書」の送付先 (どちらかに○印)

取得手続き完了後の送付となりますので、発送までお時間をいただく場合もございます。

○印	送付先	
	本人自宅	上記①移換申出者、住所あて
	事業所	事業所番号: 担当者名:
		(事業所名/送付先) 電話 — — 〒

注意事項

- 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。
- 上記②で「企業年金連合会」を選択された場合、送付物は処理完了後にご自宅宛てにお送りする「受換完了通知書」のみとなります。送付までは、約3ヵ月お時間いただきます。
- 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。
- 上記③で事業所をご選択された場合、ご担当者様からご本人様へお渡しください。

受 付 日 付 印

〒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 TEL:03-3235-7231

送付日:

(R7.12)