

受給権者 → 委託者

通知日 平成 年 月 日

()	()	()	担当者

- 年金受給権者
- 一時金受給権者
- 氏名変更届
- 住所変更届
- 受取方法変更届

確定給付企業年金

該当する に をつけてください。

(委託者名)

鹿児島県病院企業年金基金 御中

年金受給権者の方は受給者番号を、一時金受給権者の方は加入者番号をご記入ください。

制度	店番	委託者番号	受給者番号・加入者番号	フリガナ	変更日
02		8 0 3 3		氏 名	平成 年 月 日

※請求者(受給権者)が自ら署名する場合は、押印は不要です。

変更が必要な項目のみ、ご記入ください。(電話番号は必ずご記入ください)

変 更 事 項	フリガナ(〒)		
	変更後の住所	都道府県 ()	
	変更後の氏名	←氏名変更の場合、市町村長の証明書又は戸籍抄本を添付してください	
	変更後の受取方法	1. 銀行口座振込 銀行・信用金庫・信用組合 農業協同組合・労働金庫	(フリガナ) 口座番号(7桁) ① 普通預金 →右づめでご記入ください。 支店 ② 当座預金
通信欄	2. 郵便貯金振込	郵便貯金総合口座通帳 金融機関コード 通帳記号(5桁) 通帳番号(8桁) →右づめでご記入ください。 9 9 0 0 - 0 -	

<ご注意>

- 海外居住者の方は、'①1年以上海外に居住する'または'②1年未満で帰国する'のいずれかを通信欄にご記入ください。
- 海外から国内に住所を変更される方は、通信欄にその旨をご記入ください。
- 別途ご指示のある場合は、通信欄にご記入ください。