受給権者（氏名・受取機関・住所）変更届

岡山県病院企業年金基金　御中

　　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  氏　名 |  | ㊞ | ②  性  別 | 男  ・  女 | ③  生年  月日 | 大正  昭和  平成 | 年　 月 　日 |
| ④  受給権者番号 |  | | ⑤  加入者番号 | | |  | |

**届出事項（該当するものに記入してください）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑥  (フリガナ)  変更後の氏名 |  |  | 添付  書類 | 戸籍抄本又は住民票(マイナンバー記載なし)の抄本(発行から６ヵ月以内のものコピー不可) |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑦  変更後の  受取機関 | （注）ゆうちょ銀行の場合は、振込用の支店名、口座種別、口座番号を記入してください | | | | | | | | | | |
| 銀行 ・ 信組  信金 ・ 農協 | | | 支店 | | | | | | | |
| 預金  種別 | 普通(総合)・当 座・( ) | 口座  番号 | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑧  変更後の  住　所  (通知書等の  送付先住所) | （注） 受給権者以外の住所（例：後見人等又はご家族）へ変更する場合は、「郵便物送付先住所登録依頼書」による手続きが必要です。（この届書による変更はできません） |
| （自宅）　　　　-　　　　-  （携帯）　　　　-　　　　- |
| （注） ⑧欄の住所が住民票の住所と異なる場合は、⑨欄に「住民票上の住所」を記入してください | |
| ⑨  住民票上の  住　所 | （自宅）　　　　-　　　　-  （携帯）　　　　-　　　　- |

　　　　　　【送付先・お問合せ先】

　　　〒700-0901　岡山市北区本町6-36第一セントラルビル5階

岡山県病院企業年金基金 TEL ０８６－２２３－５９４５

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基金処理欄 | 処理年月日 | 常務理事 | 事務長 |  | 係 |
|  |  |  |  |  |

K501

【基金確認欄】

○受給権者（氏名・住所・受取機関）変更届

・後見人が変更→「後見人等申出書」＋後見人の確認書類＋後見人の本人確認書類

　　　　　　　・ 子 が変更→「委任状」＋子の本人確認書類