【加入者期間15年以上の方】

**脱退一時金 支給繰下げ申出書**

岡山県病院企業年金基金　御中

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  (フリガナ)  氏　名 |  | ㊞ | ②  性  別 | 男  ・  女 | ③  生年  月日 | 昭和  平成 | 年　 月 　日 |
|  |
| ④  加入者番号 |  | | ⑤  資格喪失日 | | | 年　　 月 　　日 | |
| ⑥  基金加入者として勤務していた事業所名 | 事業所番号〔　　　　　〕 | | | | | | |
| ⑦ | （自宅）　　　　-　　　　-  （携帯）　　　　-　　　　- | | | | | | |
| 住　　所 |
| 添付書類 | 基金加入者証 | | | | | | |

○ 脱退一時金の支給繰下げは、つぎのいずれかに該当したときに終了します。

1. ６５歳（誕生日の前日）に到達したとき

老齢給付金の受給権者として、年金（一時金）をご請求いただけます。

当基金から「老齢給付金のご案内」をお送りしますので、手続きをお願いします。

1. 当基金に再加入したとき
2. 脱退一時金を全部請求したとき
3. 死亡したとき

　 【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 |
|  |  |  |  |  |

K003