|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 |  | 係 |
|  |  |  |  |

**企業年金基金　見込額算定依頼書**

　　年　　月　　日

岡山県病院企業年金基金　御中

**１．依頼をされる方（ご本人）についてご記入ください。**

　※ 年金額・一時金額等の個人情報に関するご相談には、「本人確認書類（運転免許証等）の

コピーが必要です。（裏面参照）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入者番号 |  | 受給権者  番号 |  | |
| フリガナ |  | 性別 | 生年  月日 | 昭和・平成・令和 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　 月　 日 |
| 住 所 | 〒　　　－  （固定電話）　　　　-　　　　-　　　（携帯）　　　　-　　　　- | | | |

**２．代理の方がいる場合はご記入ください。**

※ 年金額・一時金額等の個人情報に関するご相談には「委任状」と「代理人の方の本人確認書類（運転免許証等）」のコピーが必要です。（裏面参照）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年  月日 | | 昭和・平成・令和 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　 月　 日 |
| 住　所 | 〒　　　－  　　　　 （固定電話）　　　　-　　　　-　　　（携帯）　　　　-　　　　- | | | | |
| 相談者と代理人との続柄 |  | 代理される  理由 | |  | |

**３．該当する事項の□に✔をつけ、年月日も必ずご記入ください。**

**（計算希望日は依頼日から５年先までの期間を目安としてご依頼ください。）**

M002

|  |  |
| --- | --- |
| □ 年金の見込額 | □退職（予定）のとき　（令和　　　年　　　月　　　日）  □６５歳になったとき  □その他　　　　　　　（令和　　　年　　　月　　　日） |
| □ 一時金の見込額 | □退職（予定）のとき　（令和　　　年　　　月　　　日）  □６５歳になったとき  □その他　　　　　　　（令和　　　年　　　月　　　日）  見込額の結果につきましては後日、ご本人へ郵送にてお知らせいたします。 |

**○ 本人確認書類として下記のコピーを添付ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **本人確認書類**（有効期限が設けられているものはその期限内のもの） | |
| **１つで足りるもの** | ◦運転免許証又は運転経歴証明書 |
| ◦マイナンバーカード（表面のみ）又は住民基本台帳カード（顔写真付き） |
| ◦旅券（パスポート） |
| ◦障害者手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） |
| ◦在留カード又は特別永住者証明書 |
| 上記以外の官公署が発行した免許証・許可証もしくは資格証明書等（顔写真付き） |
| **２つ以上必要となるもの**  （複数の◦の組合わせが必要です） | ◦被保険者証（国民健康保険・健康保険・船員保険・後期高齢者医療・  介護保険・共済組合）  ※郵送の場合は、「記号」「番号」「保険者番号」「QRコード」をマス  キングし、見えないようにしてください。 |
| ◦年金手帳又は基礎年金番号通知書 |
| ◦公的年金に係る年金証書 |
| ◦当基金の加入者証・年金証書 |
| ◦住民基本台帳カード（顔写真なし） |
| ◦各種医療受給者証 |
| ◦生活保護受給者証 |
| ◦児童扶養手当証書・特別児童手当証書 |
| 上記以外の官公署が発行した免許証・許可証もしくは資格証明書等（顔写真なし） |

**○ 代理人の方が成年後見人等の場合は、下記をご参照ください。**

成年後見人等であることを証明する以下の書類（いずれも提出日から６か月以内に発行されたもの）のうち、いずれか１つを添付してください。（コピー可）

また、原本を添付いただいた場合は、確認後に郵送にてお返しいたします。

１．法務局が証明する「登記事項証明書」

２．後見開始の申立てを受け、家庭裁判所が発行する「審判書の謄本」及び「審判確定証明書」

お客様各位

　当基金の事業運営につきましては、平素から格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

　さて、当基金では、お客様からの相談に適切にお答えするとともに、加入者情報等の個人情報の不正取得やなりすまし請求を防止するために「見込額算定依頼書の記入」と「本人確認書類の添付」をお願いしています。

　なお、本件については、見込額算定以外には一切使用いたしません。

お手数をお掛けいたしますが、ご理解とご協力の程、宜しくお願いいたします。

【送付先・お問合せ先】

岡山県病院企業年金基金 　TEL ０８６－２２３－５９４５

〒700-0901　岡山市北区本町6-36第一セントラルビル5階