

老齢給付金 請求書

基金使用欄

(証書番号)

(担当印)

東京薬業企業年金基金 御中

下記のとおり、老齢給付金を請求いたします

受給権者欄

老齢給付金を請求されるご本人について、以下の項目をご記入ください

フリガナ	トウヤク	タロウ	捺印	加入者番号
氏名	(姓) 東薬	(名) 太郎	印	123456
生年月日	昭和 平成 38	年 1 月 1 日	性別	※ ご本人が記入する場合は、捺印を省略できます
			男 女	
住所	郵便番号	〒 103 - 0024	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
			自宅	日中の連絡先(携帯電話等)
			〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	東京	都道府県	中央区日本橋小舟町	〇-〇-〇

※住民登録(住民票)のある住所をご記入ください

受取口座

『金融機関(銀行、信金など)かゆうちょ銀行、いずれかの口座をご記入ください
※必ず「請求者ご本人名義」の口座をご指定ください

金融機関(普通預金口座)	フリガナ	ヒノマル	フリガナ	ニホンバシ
	金融機関名	日の丸	支店名	日本橋
	口座番号	7 5 0 7 3 8 0	金融機関コード	9 9 9 9 - 9 9 9

右づめでご記入ください

不明な場合は未記入のままご提出ください

ゆうちょ口座	記号(1で始まる5ケタ)	番号(1で終わる8ケタ)
	1	1

←右づめでご記入ください

受給期間

「年金を何年にわたって受け取るか」または「一時金で受け取るか」を以下より1つ選択してください

いずれか1つを ○で囲ってください	20年	15年	10年	5年	一時金
----------------------	-----	-----	-----	----	-----

基金使用欄 受付印

加入者証
紛失届欄

加入者証がなく添付できない場合は、以下に記名と捺印をお願いします(※加入者証がない場合のみ)

◎東京薬業企業年金基金の加入者証がないため提出できません	
氏名	印