

# 年金受給権者異動届

(氏名・住所・受取方法・生年月日)  
該当事項を○で囲んで下さい。

大阪薬業厚生年金基金 理事長 殿

年金証書番号 5 0 0 △ △

認印

変更後の新住所をご記入下さい

姓 名 (氏) ヤクギョウ 薬業 (名) タロウ 太郎  
 性別 男 (男) 明治 26 年 4 月 △ 日  
 印鑑 薬業 (男) 女 (昭和)

郵便番号 5400037  
 住所 オオサカシ チュウオウク ウチヒラノマチ 3-△-△  
 大阪市中央区平野町3-△-△  
 TEL 06 - 6945 - 1021

ご提出後、お尋ねする場合がありますので必ず電話番号をご記入下さい。

金融機関 コード フリガナ オオサカABC 銀行 店コード フリガナ キタハマ 本店 本人名義普通預金口座番号  
 大阪ABC 信用金庫 北浜 支店 123456  
 農協 本所 支所

方法 ゆうちょ銀行 記号 番号 番号  
 金融機関確認印 大阪ABC銀行北浜支店  
 指定金融機関(ゆうちょを除く)にて確認印を受けて下さい。

※記入要領

- ① 氏名変更・生年月日訂正の場合は「変更後の戸籍抄本」と「退職年金証書」を添付して下さい。
- ② 「金融機関確認印」について  
 ・通帳のコピーを添付される場合は「金融機関確認印」を省略できます。

※支払機関の変更は 次回の年金の支払日前月の10日までに「受給権者異動届」が基金に到着分迄が次回から変更になります。なお、変更後の新しい支払機関への初めての支払を確認するまでは 念のために旧口座はそのままにしてくださいようお願いします。

※提出先 〒540-0037 大阪市中央区平野町3-2-5 大阪薬業厚生年金基金

受付印

ご記入のうえ、銀行の窓口にお持ちいただき銀行で証明印を受けて下さい。