

# 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															
フリガナ						印鑑	性別	生	年	月	日				
氏名	(氏)				(名)				○	男 ・ 女	明 治 大 正 昭 和	年	月	日	
フリガナ	郵便番号														
住所															
										TEL	-	-			
受取方法	金融機関	コード	フリガナ			銀行 信用金庫 農協 信用組合	店コード	フリガナ			本店 支店 本所 支所	本人名義普通預金口座番号			
	ゆうちょ銀行	記		号		-		番			号			金融機関の証明	
										Ⓜ			金融機関(ゆうちょを除く)の窓口にて証明印を受けて下さい。		

**※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 「金融機関の証明」について
  - ・通帳のコピーを添付される場合は「金融機関の証明」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。

受 付 印

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