

(基金または会社名)
神奈川県医療福祉企業年金基金

受 給 権 者 異 動 届

確定給付

(届出日) 年 月 日

御中

届出内容を下記の通り変更します。

(太枠内は必ずご記入・押印ください。⑥は変更される項目のみご記入ください。)

① 加入者番号	フリガナ	(氏)	(名)	③ 性別	④ 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	② 氏名			男・女			

⑤ 変更内容	氏名・住所(住居表示)・受取方法	(変更される項目を○で囲み、変更後の内容を下の欄にご記入ください)
--------	------------------	-----------------------------------

⑥ 変更事項	フリガナ	(氏)	(名)	(変更日 年 月 日)		
	氏名					
	変更前	フリガナ	郵便番号	住所	電話 ()	
	変更後	フリガナ	郵便番号	住所	電話 () (変更日 年 月 日)	
受取方法	金融機関口座振込		ゆうちょ銀行口座振込		口座確認	金融機関またはゆうちょ銀行の確認
	フリガナ	銀行フリガナ	店	※ゆうちょ銀行口座振込の際、「記号(5桁)+番号(8桁)」を使用される場合は、下欄にご記入ください。なお「支店番号(3桁)+口座番号(7桁)」を使用される場合は、左の「金融機関口座振込」欄にご記入ください。		
	(預金科目)	(口座番号 右詰めで記入)		<記号>		
	1.普通預金		本人名義	<番号>		本人名義
	2.当座預金					

※記入上のご注意

- この届は、**基金または会社**へご提出ください。
- ⑤欄は**変更される項目**を○で囲み、⑥欄の該当する内容のみご記入ください。
 - 氏名変更**の場合には、②欄に旧氏名を、⑥欄の氏名に新氏名を記入し、「**住民票または戸籍抄本**」を添付してください。
 - 住所変更**の場合には、⑥欄に変更前・変更後の住所をご記入ください。
 - 受取方法を変更される場合には、金融機関口座振込またはゆうちょ銀行口座振込のいずれかの方法を選択してください。
金融機関口座振込のとき、**貯蓄預金口座**への振込はお取扱できません。
 - ゆうちょ銀行口座振込のとき、お支払額が**1千万円を超える**場合には、お取扱できません。
- 記入事項を**訂正**されたときは、その箇所に**②欄と同じ印**を押印してください。

受領日	検印	係印
・		
送付日		
・		