

個人型
確定拠出年金用

厚生年金基金・確定給付企業年金 移換申出書

殿

改正前厚生年金保険法第144条の6第1項（※1）または確定給付企業年金法第82条の3第1項の規定により、厚生年金基金（※2）または確定給付企業年金から個人型確定拠出年金へ脱退一時金相当額の移換を申し出ます。

なお、厚生年金基金または確定給付企業年金から脱退一時金相当額を移換するための事務処理のみに用いるものであることを前提に、本申出書を移換先の個人型確定拠出年金の実施機関に提供することについて同意します。

※1 公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第63号。以下「平成25年改正法」という。）により、なおその効力を有するものとされています。

※2 平成25年改正法附則第3条第1号に規定する存続厚生年金基金をいいます。

届書コード 02031	届出区分 厚生年金基金から資産を移す 確定給付企業年金から資産を移す	加入者自ら署名する場合は、押印は不要です			
基礎年金番号	氏名	生年月日	性別		
	カガナ	5:昭和 7:平成	年 月 日	1:男 2:女	
市区町村コード	住所	連絡先電話番号 ()			
	〒 - 都道 市区 府県 郡 町村				

移換先	運用関連 運営管理機関	登録番号	運用関連運営管理機関名称

ご記入の際は、必ず「記入要領」をご参照ください。

移換元制度の加入員番号

※※※ 以下の項目は厚生年金基金または確定給付企業年金の実施機関が記入する欄です ※※※

移換可否決定通知書

殿（移換可の場合は国民年金基金連合会名称、移換不可の場合は移換申出者名をご記入ください）

【資格確認結果】「移換可」、「移換不可」のいずれかに「レ」を記入してください。

<input type="checkbox"/>	移換可 資格確認の結果、「移換可能」と認められましたので通知します。
<input type="checkbox"/>	移換不可 資格確認の結果、下記の理由により「移換不可」となりましたので通知します。 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

移換元	基金・規約番号	名称	担当部署及び担当者
	66. 厚生年金基金 77. 確定給付企業年金		
	住所	連絡先電話番号	FAX番号
	〒 -		
	総幹事 受託機関	名称	
	資格喪失年月日	書類到着時に必ず受付印を押印してください。受付印に日付の表示がない場合には、下記受付年月日にも記入願います。	
	7:平成 年 月 日	厚年基金等受付印	

移換可否 決定者 証明欄	移換可否を決定した者（理事長、事業主など）の証明印を押印してください。 <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">印</div>
--------------------	--

◎ 厚生年金基金または確定給付企業年金の実施機関の実務ご担当者様へお願い
移換が可能であることが認められましたら、この書類を左記の移換申出者若しくは移換先の運用関連運営管理機関に郵送してください。

受付年月日	年	月	日
7:平成			

※※※ 以下の項目は移換先 運用関連運営管理機関若しくは受付金融機関が記入する欄です ※※※

各種届書・添付書類	受付金融機関確認	事セ確認
個人型年金加入申出書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>

受付金融機関

7:平成	年	月	日

受付金融機関印 事務処理センター受付印

