

「移換申出書」送付依頼書

① 移換申出者 令和 年 月 日提出

加入者番号							※不明の場合は空欄で結構です。
フリガナ							
氏名							
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	
取得年月日	令和	年	月	日	※そくりょう&デザイン企業年金基金に加入した日付		
住所	〒 -						
	電話 ( )						

② 移換元制度の選択および制度名(該当の制度に○印および制度名を記載してください)

○印	制度の種類	制度名
	確定給付企業年金(DB)	
	企業型確定拠出年金(DC)	
	個人型確定拠出年金(iDeCo)	※自動移換された方もコチラ
	存続厚生年金基金	
	企業年金連合会	※企業年金連合会から移換できる積立金等の有無をご確認のうえ、ご依頼ください。

③ 「移換申出書」の送付先(どちらかに○印)

○印	送付先	
	本人自宅	上記①移換申出者、住所あて
	事業所	事業所番号: 担当者名:
		事業所名/所在地(送付先)
	電話 ( )	

- ・ 上記①～③全てにご記入のうえ、当基金までFAXにてご依頼ください。
- ・ 各移換元制度に応じた「移換申出書」を上記③でご指定いただいた送付先に郵送いたします。ただし、取得手続き完了後の送付となりますので発送までお時間をいただく場合もございます。
- ・ 上記③で事業所をご選択された場合、ご担当者様からご本人様へお渡しください。

ご不明な点がございましたら基金業務部までお問合せください。

〒162-8626 東京都新宿区山吹町11-1  
そくりょう&デザイン企業年金基金  
業務部 03-3235-7231

	送付日
基金使用欄	