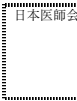


育英・傷病年金中止依頼書  
(兼清算一時金給付依頼書)

日本医師会 御中

\* 被保険者と受給者は同一となります。

|                  |                |              |  |                  |    |   |   |   |
|------------------|----------------|--------------|--|------------------|----|---|---|---|
| フリガナ             |                | 印鑑(鮮明に)証明書の印 |  | 記入日              | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受給者氏名<br>(被保険者名) |                |              |  | 医籍登録番号<br>(証券番号) | 第  |   |   | 号 |
| フリガナ             |                |              |  | 生年月日             | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 住所<br>(住民票住所)    | 〒 - (TEL - - ) |              |  |                  |    |   |   |   |
| 所属医師会            | 都道府県           | 郡市区          |  | 大学               |    |   |   |   |

## ▶ 中止理由

|  |
|--|
|  |
|--|

## ▶ 中止時期

|    |   |        |
|----|---|--------|
| 令和 | 年 | 月送金分より |
|----|---|--------|

## ▶ 残存期間分の原資の処理方法 イまたはロのいずれかを○で囲んでください。

- ☒ イ 養老年金の原資に充当
- ☐ ロ 清算一時金を受給 (3ヶ月以内発行された受給者ご本人の印鑑証明書の原本1通添付)  
清算一時金を受給できるのは、やむを得ない事情がある場合に限りです。  
下記の清算一時金受取口座指定欄をご記入ください。

## ▶ 清算一時金受取口座指定欄

|                    |                          |                 |
|--------------------|--------------------------|-----------------|
| 銀行振込<br>(ゆうちょ銀行以外) | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 |
|                    | 普通 当座                    | 口座番号 (右づめで記入)   |
|                    | 口座名義 (受給者ご本人の個人名義口座)     |                 |
|                    | フリガナ<br>預金者氏名            |                 |

\* 送金番号ではなく通帳の記号と番号をご記入ください。  
\* 通常貯金口座に限りです。

|          |                      |             |
|----------|----------------------|-------------|
| ゆうちょ銀行振込 | 記号                   | 番号 (右づめで記入) |
|          | 1 0 -                |             |
|          | 口座名義 (受給者ご本人の個人名義口座) |             |
|          | フリガナ<br>預金者氏名        |             |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

注意事項 月末までに日本医師会宛ご提出の場合、翌月の送金分より中止となります。