

脱退届兼一時金給付依頼書

*記入日が未記入の場合は、受付日とします。

日本医師会 御中

加入者	フリガナ			記入日	令和	年	月	日
	氏名			医籍登録番号 (証券番号)	第	号		
	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所 (住民票住所)	□□□-□□□□	都道府県	(TEL	-	-	)	
	フリガナ	住所と同一の場合は、記入不要						
	郵便物 送付先 住所	□□□-□□□□	都道府県	(TEL	-	-	)	
所属医師会		都道府県	郡市区 大 学					

遺族	フリガナ			加入者 との続柄	印鑑 (鮮明に) 証明書の 印	印鑑 証明書の 印
	氏名					
	フリガナ					
	住所 (住民票住所)	□□□-□□□□	都道府県			
フリガナ	住所と同一の場合は、記入不要					
郵便物 送付先 住所	□□□-□□□□	都道府県	(TEL	-	-	)

▶ 一時金受給事由 (加入者死亡以外) 該当する番号を○で囲んでください。

① 中途脱退	事由						
② 加算部分の全部脱退							
③ 傷病による加算部分の一部脱退	(加算部分の金額をご指定ください。)						
④ 育英による加算部分の一部脱退	金額	0	0	0	0	0	円

* 2、3、4については、従来どおりの保険料で口座振替いたした方が、保険料減額希望の方は、変更届を併せてご提出ください。

▶ 一時金受給事由 (加入者死亡の場合)

死亡年月日	平成	年	月	日	給付の選択	希望する項目を○で囲んでください。
	令和					遺族一時金 遺族年金

▶ 受取口座指定欄

銀行振込 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
	普通 当座	口座番号 (右づめで記入)
	貯蓄預金口座は指定できません。	
	口座名義 (請求者ご本人の個人名義口座)	
フリガナ		
預金者 氏名		

56歳以上、かつ加入期間3年経過の方及び受給を延長中の方のみ、一時金又は年金をご選択いただけます。それ以外の方は、一時金となります。

* 通常貯金口座に限りません。

* 送金番号ではなく通帳の記号と番号をご記入ください。

ゆうちょ銀行振込	記号	番号 (右づめで記入)	
	1	0	
	口座名義 (請求者ご本人の個人名義口座)		
	フリガナ		
預金者 氏名			

添付書類

- | | | |
|---------|--|-----|
| ○ 脱退一時金 | 加入者ご本人の印鑑証明書 (3ヶ月以内に発行された原本) | 1 通 |
| ○ 遺族一時金 | ● 加入者の死亡の記載がある戸籍謄本の原本 | 1 通 |
| ○ 遺族年金 | ● 記載された遺族が正当な受給権者 (受取人) であることを証する戸籍謄本の原本 | 1 通 |
| | ● 請求者ご本人の印鑑証明書 (3ヶ月以内に発行された原本) | 1 通 |

注意事項

- | | |
|------------|--|
| ○ 一時金ご選択の方 | 月末までに日本医師会宛ご提出の場合、翌月27日頃の送金となります。 |
| ○ 年金ご選択の方 | 月末までに日本医師会宛ご提出の場合、年金規程に定められた直近の支給月より送金となります。 |

日本医師会使用欄