

養老年金給付依頼書 (兼 制度改正同意書 ※注)

*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

フリガナ		印鑑(鮮明に証明書の)		医籍登録番号(証券番号)	第 号
受給者氏名(被保険者名)				生年月日	昭和 年 月 日
フリガナ					
住所(住民票住所)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	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	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	都道府県		(TEL - -)	
所属医師会	都道府県		市区町村	会員区分	A 1 A 2 B C

1 受取コース指定欄 「医師年金養老年金受給手続きのお知らせ」を確認のうえ、希望するコースに○をつけてください。

コース	A	B 1	B 2	B 3	B 4
-----	---	-----	-----	-----	-----

※注 B1～B4は、平成5年10月1日の制度改定において適用されません。これらのコース選択にあたり、同日改正の年金規程適用に同意したうえでコースを選択します。

2 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)	記号	番号(右づめで記入)
	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)
	口座名義(受給者ご本人の個人名義口座)		
	フリガナ 預金者氏名		

3 遺族給付受取人指定欄

遺族給付受取人の指定について、アまたはイの場合は○で囲んでください。※ウの場合は、下記の指定欄にご記入ください。

- ア 現在の指定を変更しない
イ 誰も指定しない (指定しない場合は、遺言の有無にかかわらず、日本医師会年金規程の定めによります。)

※ ウ 現在の指定を変更し、全ての順位について下記指定欄の通りとする (指定する方全員を改めてご記入ください。)

*遺族は、配偶者(法律上の婚姻に限る)、子(法律上の親子に限る)、養父母、実父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、甥姪の範囲でご指定ください。
*戸籍上の氏名、フリガナ、続柄(夫、妻、子、孫等)をご記入ください。 *同順位に複数の方は指定できません。

	第1順位	第2順位	第3順位
フリガナ			
氏名			
続柄	(例) 夫・妻・子・孫	(例) 夫・妻・子・孫	(例) 夫・妻・子・孫

*遺族給付受取人の指定について、ア・イ・ウのいずれにもご選択がない場合は、現在の指定を変更しないものとします。

4 添付書類

受給者ご本人の印鑑証明書の原本(3ヶ月以内に発行されたもの)1通を添付してください。

満65歳未満で受給を希望する場合、満65歳以降の延長を短縮して受給を希望する場合にご記入ください。

減額年金	延長短縮	受給権取得年月	令和 年 月
------	------	---------	--------

* 年金は、1月・4月・7月・10月末に、その前月分までの給付額の合計を支給します。
ただし、年額が5万円未満のときは、毎年10月末に前月分までの給付額の合計を支給します。