

養老年金支給開始時期延長申出書

*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

フリガナ		記入日	令和 年 月 日
加入者氏名 (被保険者名)		印	医籍登録番号 (証券番号)
フリガナ			第 号
住所 (住民票住所)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇〇)		生年月日 昭和 年 月 日
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 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇〇)		
所属医師会	都道府県	市区町村	会員区分
			A1 A2 B C

--	--	--

--	--	--

新支給開始年齢	ご希望の年齢を○で囲んでください。
66歳 67歳 68歳 69歳 70歳 71歳 72歳 73歳 74歳 75歳	

*養老年金支給開始年齢の延長は、満75歳が限度で、75歳を超えての延長はできません。
*新支給開始年齢のご選択がない場合は、1年後の年齢とします。(75歳まで再延長可能)

延長期間中も加算年金保険料の月払を希望される場合は、下記の①、②欄をご記入ください。

既に延長中で保険料をお払込みいただいている場合も①、②欄をご記入ください。

① 月払加算年金保険料記入欄

6,000円の整数倍の金額をご記入ください。

月 払 保 険 料
(6,000 円 の 整 数 倍)
0 0 0 円

② 振替口座指定欄

振替口座は、加入者ご本人の個人名義口座をご指定ください。

口座振替のための預金者氏名・銀行等			
フリガナ		2枚目に 銀行届印 捺 印	
預金者 氏 名			
銀行・ 支店名	銀行 信用金庫 医師信用組合	本店 支店 出張所	
預金種類	普通 当座	口座番号	

--	--	--

(振替口座指定について)

* 指定可能な金融機関

都市銀行・三井住友信託銀行・地方銀行・第2地方銀行・信用金庫・医師信用組合

* 指定不可能な金融機関

ゆうちょ銀行・SBI新生銀行・あおぞら銀行・シティバンク・各ネット銀行・信用組合・
農協・労働金庫 等 上記以外

*印鑑レス口座の場合、2枚目の銀行届印欄には認印を捺印してください。

振替銀行使用欄
依頼書受領の時は当欄に 行印を捺印ください。

--	--	--