

【様式⑤】

移換申出書（脱退一時金相当額移換用）

（企業年金名） _____ 御中

確定給付企業年金法第81条の2第1項または改正前確定給付企業年金法第115条の3第1項(※)の規定により、確定給付企業年金または存続厚生年金基金から下記の確定給付企業年金基金への脱退一時金相当額の移換を申し出ます。

なお、確定給付企業年金または存続厚生年金基金から脱退一時金相当額を移換するための事務処理のみに用いるものであることを前提に、記載された情報を利用すること、及び本申出書を移換先の確定給付企業年金基金に提供することについて同意します。

※公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第63号）により
なおその効力を有するものとされています。

本人記入欄

○印	届出区分	＜ 記入上の注意 ＞
	確定給付企業年金から脱退一時金相当額を移換する	・太線内の項目は、必ず記入してください。
	存続厚生年金基金から脱退一時金相当額を移換する	・届出区分は、該当する区分のいずれかに○をつけてください。
基礎年金番号	氏名	生年月日
71111111111111111111	71111111111111111111	5:昭和 7:平成
	性別	
	1:男	
	2:女	
住所		
〒 東京都 府 区 町 丁目 番 号		
〒 都道 市区 連絡先電話番号 (- -)		
府県 郡 町村		

移換先	基金番号	名称	担当部署及び担当者
	関基第008943号	ベネフィット・ワン企業年金基金	佐野
基金	住所	連絡先電話番号	FAX番号
	〒100-0004 東京都千代田区大手町二丁目6番2号	03-6870-3873	03-6870-3871
総幹事 受託機関	名称 明治安田生命保険相互会社		

移換申出にあたっての留意事項

- この申出書は、移換元の確定給付企業年金の事業主、基金または存続厚生年金基金に提出してください。
- この申出書は、企業年金基金への脱退一時金相当額の移換について、移換元の確定給付企業年金の事業主、基金または存続厚生年金基金の証明書も兼ねていますので、右の「移換可否決定通知書」の部分は切り取らないでください。
- 確定給付企業年金または存続厚生年金基金からの脱退一時金相当額の移換は、原則、以下の全ての条件を満たす場合に行うことができます。
 - ①当基金の加入者の資格を有していること。
 - ②移換元企業年金制度の加入者の資格喪失後、1年以内であること。
 - ③移換元企業年金制度において、他の確定給付企業年金制度への移換についての定めがあること。
- 複数の確定給付企業年金、存続厚生年金基金から脱退一時金相当額を移換する場合は、それぞれについてこの申出書を提出してください。

移換申出者(加入者) ⇒ 確定給付企業年金(事業主、基金)、存続厚生年金基金

※※※ 以下の項目は確定給付企業年金の事業主、基金または存続厚生年金基金が記入する欄です

移換可否決定通知書

殿（移換可の場合は「ベネフィット・ワン企業年金基金」、移換不可の場合は移換申出者名をご記入ください）

【資格確認結果】「移換可」、「移換不可」のいずれかに「し」を記入してください。

<input type="checkbox"/>	移換可 資格確認の結果、「移換可能」と認められましたので通知します。
<input type="checkbox"/>	移換不可 （「移換不可」の場合は、本申出書を移換申出者に返送してください。） 資格確認の結果、下記の理由により「移換不可」となりましたので通知します。
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

移換元	基金・規約番号	名称	担当部署及び担当者
	<input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 確定給付企業年金		
基金・実施事業所	住所	連絡先電話番号	FAX番号
	〒 -		
申出者情報	加入者番号	資格喪失年月日	名称
		7.平成 9.令和	総幹事 受託機関
移換金情報	脱退一時金相当額	算定期間	本人拠出相当額
	円	月	円

受付年月日
9:令和 年 月 日

移換可否 決定者 証明欄	移換可否を決定した者（事業主、理事長など）の証明印を押印してください。
	○印

移換元制度受付印



◎ 移換が可能であることが認められましたら、この書類を以下の宛先に送付してください。

〒100-0004 東京都千代田区大手町二丁目6番2号 日本ビルディング9階 ベネフィット・ワン企業年金基金 宛

ベネフィット・ワン企業年金基金受付印

