

個人型確定拠出年金から確定給付企業年金への個人別管理資産
移換申出書

国民年金基金連合会 殿
 確定拠出年金記録関連運営管理機関 殿
 ベネフィット・ワン企業年金基金 殿

確定拠出年金法第74条の4および、確定給付企業年金法第82条の5の規定により、個人型確定拠出年金から
 確定給付企業年金へ個人別管理資産の移換を申し出ます。

※太線枠内を必ず全てご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|------|---|---|------------|---|
| | | | | | | | | | | 記入日 | | 年 | 月 | 日 |
| 基礎年金番号 | | | | | 氏名 | | | | | 生年月日 | | | 性別 | |
| フリガナ | | | | | フリガナ | | | | | 年 | 月 | 日 | 1:男 2:女 | |
| | | | | | 印 | | | | | | | | | |

住所

フリガナ

〒 - 連絡先電話番号(- -)

移換先情報

| | |
|---|-----------------|
| 確定給付企業年金 事業所等(実施事業所 または基金)名称 | ベネフィット・ワン企業年金基金 |
| 住所 | |
| フリガナ トウキョウトチヨダクオオテマチ2-6-2 ニホンビルヂング9カイ | |
| 〒 1 0 0 - 0 0 0 4 連絡先電話番号(03 - 6870 - 3873) | |
| 東京都千代田区大手町二丁目6番2号 日本ビルヂング9階 | |

移換元情報

| 確定拠出年金 記録関連運営管理機関名称 (□にチェックを記入ください) | 登録番号 |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> 日本インベスター・ソリューション・アンド・テクノロジー(株) | 0 0 0 0 0 1 1 |
| <input type="checkbox"/> 日本レコード・キーピング・ネットワーク(株) ※加入者番号をご記入ください。 加入者番号 | 0 0 0 0 0 7 4 |
| <input type="checkbox"/> SBIベネフィット・システムズ(株) | 0 0 0 0 1 1 5 |
| <input type="checkbox"/> 損保ジャパン日本興亜DC証券(株) | 0 0 0 0 0 1 5 |
| <input type="checkbox"/> 特定運営管理機関 | 8 8 0 0 0 0 0 |

移換申出に当たっての留意事項

- 個人型確定拠出年金から確定給付企業年金への移換は、以下の場合に行うことができます。
 - ・個人型確定拠出年金の資格を喪失し、確定給付企業年金の加入者である場合(ただし、引き続き個人型確定拠出年金の加入者であることを申し出た場合は除く)
 - ・個人型確定拠出年金の個人別管理資産がある場合
 - ・加入された確定給付企業年金の規約において確定拠出年金から移換できる旨が定められている場合(加入されている確定給付企業年金の規約については、確定給付企業年金の事業所等へお問い合わせください。)
- この申出書は、移換元の確定拠出年金記録関連運営管理機関宛に提出してください。
- 提出された申出書は、移換元の確定拠出年金記録関連運営管理機関から記入いただいた上記移換先の確定給付企業年金の事業所等(実施事業所または基金)と国民年金基金連合会へ提出いたします。

| 移換元確定拠出年金記録関連運営管理機関記入欄 | | | | 移換先確定給付企業年金事業所等記入欄 | | | | 国民年金基金連合会記入欄 | | | |
|------------------------|---|------------|---|---|---|---|---|--------------|---|------|---|
| 受付日 | | 確認項目 | | 受付日 | | 確認項目 | | 受付日 | | 確認項目 | |
| 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 座の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 年 | 月 | 日 | 規約の定め | 年 | 月 | 日 |
| 受付印 | | 個人別管理資産の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 受付印 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 受付印 | | | |
| | | 資格喪失の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| | | 資格喪失日 | 年 月 日 | | | | | | | | |