

Name of former employer's _____ 殿

Enter the name of the plan administrator for your former _____

改正前厚生年金保険法第144条の6第1項（※1）または確定給付企業年金法第82条の3第1項もしくは第82条の4の規定により、厚生年金基金（※2）または確定給付企業年金から企業型確定拠出年金へ脱退一時金相当額もしくは残余財産の移換を申し出ます。なお、厚生年金基金または確定給付企業年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、本申出書を移換先の企業型確定拠出年金の実施機関に提供することについて同意します。

※1 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。以下「平成25年改正法」という。）により、なおその効力を有するものとさせていただきます。

※2 平成25年改正法附則第3条第11号に規定する存続厚生年金基金をいいます。Please place a circle in either of the boxes on the left.

○印 届出区分		※太線枠内を必ず記入してください。	
<input checked="" type="radio"/>	厚生年金基金から資産を移す	※届出区分は必ずどちらかに○をしてください。	
<input type="radio"/>	確定給付企業年金から資産を移す		
基礎年金番号		氏名	生年月日（西暦）
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	カガナ	Your name (Sig印)	1 9 6 7 1 2 1 0
住所		性別	
カガナ		1 男 2 女	
〒 163 - 0650		連絡先電話番号 (03 - 1234 - 0000)	
都道		Your home address	
府県 郡 町村			

※ 移換先についてご記入ください。

確定拠出年金 実施事業所	名称
	Name of your current employer with Defined Contribution(DC) plan.
記録関連運営管理機関	登録番号 名称
	0 0 0 0 0 1 5 損保ジャパンDC証券株式会社
	移換元制度の加入員番号

Enter the name of your current employer with

移換申出に当たっての留意事項

- この申出書は、企業型確定拠出年金制度への移換について、移換元の厚生年金基金または確定給付企業年金の実施事業所での証明も兼ねています。（右ページ「移換可否決定通知書」は移換申出者は記入不要です。）
- 厚生年金基金制度または確定給付企業年金制度からの移換は、原則、以下の場合に行なうことができます。
 - ①企業型確定拠出年金の加入者の資格を有する場合
 - ②移換元制度の資格喪失後、1年を経過していない場合
- 複数の厚生年金基金制度または確定給付企業年金制度から資産を移換する場合は、各制度ごとに申出書を記入して提出してください。
※企業年金連合会から資産を移換する場合は、専用の申出書が必要になります。詳しくは、企業年金連合会にお問合せ下さい。
- この申出書は移換元の厚生年金基金または確定給付年金実施事業所宛に提出してください。
- 移換金の入金日前日までに、インターネット（アンサーネット）またはコールセンター（アンサーセンター）にて移換金の配分割合を指定してください。
※移換金の配分割合を指定されなかった場合の取扱いは、確定拠出年金スターターキット内資料「手続きガイドブック」をご覧ください。
なお、2018年4月以前に口座開設されている場合は、旧来の取扱いとなります。

※※※以下の項目は厚生年金基金または確定給付企業年金の実施機関が記入する欄です。※※※

移換可否決定通知書

殿（移換可の場合は記録関連運営管理機関名称、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「レ」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。 移換不可理由

移換元	実施事業所	登録番号	名称	担当部署及び担当者
	基金	<input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 確定給付企業年金		
	住所	連絡先電話番号	FAX番号	
	総幹事受託機関	名称		
	資格喪失年月日	西暦	年	月
		日		

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

厚年基金等受領日			
西暦	年	月	日

◎ 厚生年金基金または確定給付企業年金の実施機関の実務ご担当者様へお願い
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まで郵送してください。

〒192-0390
日本郵便株式会社 八王子南局 私書箱5号（光ビジネスフォーム株式会社）
損保ジャパンDC証券株式会社 お客様サービス部 宛
お問合せは
（03）5326-1429受換担当までお願いします。

損保ジャパンDC証券使用欄		
受領印	検印	登録