

年金受給権者異動届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

年 月 日

【届出者】 住所 〒
氏名

印

電話番号（ ） —

受給権者氏名	か	異動日	年 月 日			登録職員番号				年金証書番号			
			年	月	日								
異動事項に○をして、該当項目を記入してください。	1 年金支給停止事由の消滅												
	2 氏名変更	異動後						異動前					
		か						か					
	3 住所変更	〒						〒					
	4 受領方法の変更 (変更後の口座を記入)	送金先	1 銀行振込	か									
				普通	当座	口座番号		銀行	金庫	信組	農協	本店	支店
		2 郵貯振込	口座番号	1	0	-	1	本店	支店				
			口座名義										
5 届出印の変更または紛失													
6 年金に代えて支給する一時金に変更													
7 受給権者の死亡	遺族一時金の請求者名（ ） 続柄（ ）												

(注) 1の年金支給停止事由の消滅の場合は住民票を添付してください。
2～7については、別途請求書等を提出してください。