

岡山県病院協会 税制適格積立年金制度

事務のしおり

令和8年4月 作成

一般社団法人 岡山県病院協会

〒700-0024 岡山市北区駅元町 19 - 2

TEL : (086)250-1124 / FAX : (086)250-3458

E-mail : oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp

はじめに

一般社団法人岡山県病院協会の税制適格積立年金制度の運営につきましては、平素から多大なるご支援とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この積立年金は、病院職員の皆様のゆとりあるセカンドライフを確保するために、国（厚生年金）や病院（退職金、病院企業年金基金等）の制度に加え、個人の自助努力（自助努力年金）により、老後生活の準備を図ることを目的に運営されている協会独自の年金制度です。

掛金については「個人年金保険料控除」の所得控除が受けられることや、途中で脱退されても給付金が支払われるなどのメリットがあります。

この「事務のしおり」は、制度の仕組みや各種手続き等について、病院の事務担当者様にご理解いただき、スムーズな対応をお願いするための冊子です。

掛金の払込みをはじめ、何かとお手数をお掛けすることもございますが、この制度の健全な運営と発展のため、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

目 次

1. 制度の概要	P.1
2. 加入手続き（新規加入、増額・減額）	P.2
3. 協会から病院へお届けする書類	P.2
4. 掛金（保険料）の払込み	P.3
5. 変更手続き（氏名の変更、病院の異動）	P.5
6. 脱退手続き	P.6
7. 繰延べ手続き	P.10
8. 払込満了手続き	P.12
9. 加入者証の紛失手続き	P.14
10. マイナンバーの申告	P.16
11. 給付金の支払い	P.18
12. 掛金・給付金の税務	P.19
提出書類一覧表	P.20
積立年金専用会員病院番号表	P.21

1. 制度の概要

- ①一般社団法人岡山県病院協会の会員病院に勤務されている職員の方々が、ゆとりある安定した老後生活の確保を目的に運営されている自助努力型の積立年金です。団体契約というスケールメリットを生かした制度となっています。

商品名	拠出型企業年金保険（Ⅱ）・拠出型企業年金保険（Ⅱ）遺族年金特約
引受会社	第一生命保険株式会社

* 拠出型企業年金保険（Ⅱ）

自助努力による資産形成や老後資金の確保を図るために、団体を保険契約者として運営する団体年金保険商品です。

- ②掛金の払込期間中に積立を行い、払込満了時（満 65 歳、院長・役員は満 70 歳）に給付金が支払われます。また、掛金の払込期間中に死亡された場合は、死亡日時点の積立金に月払掛金と半年払掛金のそれぞれ 1 回分が加算して支払われます。

* 給付金の受取りは、払込満了時に 3 種類の年金（10 年確定年金・15 年確定年金・15 年保証期間付終身年金）または一時金の中から選択いただけます。

- ③加入対象者は、加入日現在、一般社団法人岡山県病院協会の会員病院へ勤務されている満 18 歳以上で、払込満了日までの期間が満 2 年以上ある方です。

* 診療所や老健など、当協会の「会員名簿」の関連施設の項目にある施設や事業所の職員の方々も加入対象者となります。また、積立の継続が可能であれば、契約職員やパート職員、短時間勤務の方でも加入することが可能です。

* 退職や退会等により当協会の所属員でなくなった場合は、すみやかに脱退いただくこととなります。

- ④途中解約の場合は脱退一時金が支払われます。なお、加入期間が 10 年以上あり、かつ満 55 歳以上で脱退される場合は 3 種類の年金の中からも選択いただけます。

* 加入期間が 10 年以上あり、かつ満 55 歳～60 歳未満で脱退される方で、確定年金(10 年・15 年)を選択される場合は、年金の受給を満 60 歳に達する日まで繰延べることとなります。

* 加入期間が短い場合、脱退一時金の金額が掛金の払込累計額を下回ることがあります。

- ⑤加入月から払込満了月までの期間が 10 年以上ある方の払込保険料(掛金から運営事務費を控除したもの)は、一般生命保険料控除とは別枠で個人年金保険料控除の所得控除が受けられます。

* 払込満了日までの期間が 10 年に満たない方の払込保険料は、一般生命保険料控除の対象となります。

- ⑥最低毎月 2,000 円から積立が始められます。また、半年払との併用や加入後の増額・減額など、掛金額は自由に設定いただけます。

2. 加入手続き（新規加入、増額・減額）

①新規加入と既加入者の増額・減額は、年2回の募集月（毎年8月・2月）に申込みの受付をいたします。

＊募集開始の直前に募集資料を協会からお届けしますので、同封の加入申込書によりお申込みください。

②お届けした募集資料は、配付・回覧・掲示等、広く職員の皆様方へのPRにご活用下さい。配付等で追加が必要な場合は、遠慮なく協会事務局へご連絡ください。

＊同封のドリーム年金（募集パンフレット）は、職員の皆様方へ配付・回覧等にご活用ください。

＊同封の岡山県病院協会の積立年金（募集チラシ）は、この年金制度の特長を分かりやすくまとめております。職員食堂やロッカールーム、掲示板等への掲示、あるいは配付等にご活用ください。

3. 協会から病院へお届けする書類

①協会から病院へお届けする書類は次の通りです。

募集資料 (毎年7月末・1月末)	募集開始の直前に募集パンフレットや加入申込書、募集チラシをお届けいたします。
掛金の振替通知 及び振込依頼 (毎月10日前後)	病院の掛金払込金額を郵送にて通知いたします。
加入者名簿、加入者証 (毎年4月頃・10月頃)	4月頃に4月1日現在の加入者名簿（50音順〔加入者確認用〕と生年月日順〔定年年齢把握用〕の2種類）、10月頃に10月1日現在の加入者名簿（50音順）をお届けしますので、事務担当者の方でご活用ください。 募集時に新規加入や既加入者の増額・減額のあった病院には、加入者証を一緒にお届けしますので、加入者へお渡しください。
積立金残高のお知らせ 積立金残高明細一覧表 (毎年6月頃)	積立金残高のお知らせは加入者へお渡しください。積立金残高明細一覧表は事務担当者の方でご活用ください。
生命保険料控除証明書 (毎年10月頃)	生命保険料控除証明書は加入者へお渡しください。加入者の一覧(生命保険料控除証明リスト)が必要な場合は協会事務局へご連絡ください。

4. 掛金（保険料）の払込み

- ①加入者の月払掛金は、毎月の給与から徴収し、病院で取りまとめて払込みください。半年払掛金は、夏期賞与と冬期賞与から徴収し払込みください。

※（例）4月分掛金 → 3月給与で徴収し3月中に払込み（月払掛金は前払い）

*病院の払込金額は、**掛金の振替通知及び振込依頼**(払込金額の通知文書)を協会事務局から毎月送付しますので、記載の金額等をご確認ください。

- ②脱退等により払込金額に変更がある場合は、**掛金の振替通知及び振込金額の【掛金額の変更通知】**欄へ変更後の金額等必要事項を記入し、期日までに協会事務局へFAX送付願います。

*月払掛金は毎月20日、半年払掛金は7月末日(夏期賞与)と12月25日(冬期賞与)までにご送付ください。なお、払込金額の変更通知がない場合は、変更していない金額での振替や脱退月の延長等が生じますのでご注意ください。

- ③掛金の払込みは、以下の3種類の中から希望の払込方法をお選びください。

口座振替 (協会推奨) ※中国銀行の本支店 口座のみ対応	振替日の前日までに病院指定の振替口座へご入金ください。 ※月払掛金は毎月末日、半年払掛金は8月10日(夏期賞与)と1月10日(冬期賞与)が振替日(金融機関が休日の場合は翌営業日)となります。 ※残高不足等により振替が出来なかった場合は、協会事務局から連絡しますので、速やかに協会指定の口座へ払込みください。この場合、振込手数料はご負担願います。 ※振替口座を変更する場合は、速やかに協会事務局へご連絡ください。
所定の振込用紙で払込み ※中国銀行の本支店 窓口のみ対応	所定の振込用紙で中国銀行の本支店から払込みください。 ※振込手数料は無料です。 ※振込用紙は掛金の振替通知及び振込依頼の文書と一緒に毎月お届けいたします。 ※月払掛金は毎月末日、半年払掛金は8月10日(夏期賞与)と1月10日(冬期賞与)までに払込みください。
病院独自の方法で払込み ※インターネット バンキングなど	下記の口座へ払込みください。 【振込先口座】 中国銀行 本店営業部 普通預金 No. 2151029 【口座名義人】 イッパンシャダンホウジンオカヤマケンビョウインキョウカイ ツミタテネンキン 一般社団法人岡山県病院協会 積立年金 ※振込手数料はご負担願います。 ※月払掛金は毎月末日、半年払掛金は8月10日(夏期賞与)と1月10日(冬期賞与)までに払込みください。

- ④各種手続書類は速やかに協会事務局へご提出ください。書類の提出が遅れますと、掛金額の通知や給付金の支払い等に支障をきたしますのでご注意ください。

※（例）4月分掛金まで徴収し5月分掛金で中止（中途脱退の場合）

→ 脱退書類は4月末までに協会事務局へ提出

5. 変更手続き（氏名の変更、病院の異動）

①氏名の変更（結婚による改姓等）

＊加入者の氏名に変更があった場合は、次の書類を協会事務局へご提出ください。後日新しい加入者証をお届けいたします。

加入者項目訂正通知書	用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。
加入者証	紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください。 ※加入者証の紛失手続きは P.14 をご覧ください。

②病院の異動（転職による異動等）

＊加入者が積立年金の取扱いをされている病院へ異動される場合は継続が可能です。

＊異動先の病院で積立年金の継続を希望される場合は、次の書類を異動先の病院から協会事務局へご提出ください。（異動元の病院からの提出書類はありません。）

加入者項目訂正通知書	用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。 加入者証の添付は不要です。
------------	--

＊異動先の病院が積立年金の取扱いをされていない場合は、異動先の病院または協会事務局へご相談ください。

＊掛金の二重払いや支払い漏れがないように、異動の際は病院間で掛金の徴収月をご確認ください。

－ 加入者項目訂正通知書の記入方法 －

（右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。）

※事務担当者が作成してください。

・提出日、団体番号(1580942－000)、加入者番号(右詰め)、生年月日、加入者氏名(カタカナで、氏名の変更の場合は旧氏名で)を記入、契約者はそのまま

・訂正項目、訂正前(旧)、訂正後(新)の記入方法

	訂正項目 (該当に○を)	訂正前(旧)	訂正後(新)	備 考
氏名の変更	加入者氏名	訂正前の氏名 (旧氏名)	訂正後の氏名 (新氏名)	必ずフリガナを記入してください。
病院の異動	所属コード	異動元の 病院番号 ○○○ (3桁)	異動先の 病院番号 △△△ (3桁)	病院番号は左詰で記入してください。 病院番号は病院番号表 (最終ページ)を参照してください。
	所属名	異動元の病院名 ○○病院	異動先の病院名 △△病院	

・上記以外は空欄

※病院の控えとしてコピーをお取りください。

ドリーム年金 加入者項目訂正通知書

提出日
年
月
日

保 険 契 約 者	代表者名	一般社団法人岡山県病院協会	団体名
-----------	------	---------------	-----

右つめてご記入ください。

ご記入必須内容です。上記は生年月日・氏名は訂正前（旧）の内容でご記入ください。

訂正する事由に○をし、訂正前（旧）・訂正後（新）ともご記入ください。

訂正項目		訂正前 (旧)				訂正後 (新)			
加入者氏名		カナ				カナ			
性別		男 1 女 2				男 1 女 2			
生年月日		昭和 3 平成 4	年	月	日	昭和 3 平成 4	年	月	日
職種		コード				コード			
所属コード (左つめ)									
所属名		カナ				カナ			
入社年月日		昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日	昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日
脱退事由		脱退事由				脱退事由			
掛金 最終払込年月		昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日	昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日
脱退日		昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日	昭和 3 平成 4 令和 5	年	月	日

脱退等内容の訂正について
 ※掛金最終払込年月の訂正の場合は
 脱退日もご記入ください。
 ※半年払の最終払込年月は応当月を
 ご記入ください。
 ※最終払込年月は半年払>月払の
 訂正はできません。

※お控えとしてコピーをお取り下さい



2086150006

6. 脱退手続き

①加入者が脱退される場合は、次の書類を協会事務局へご提出ください。

給付金請求書	用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。
加入者脱退届	用紙はコピー可、右ページの様式をコピーまたは協会ホームページからプリントアウトしてご使用ください。
加入者証	紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください。 ※加入者証の紛失手続きは P.14 をご覧ください。
マイナンバー(個人番号)申告書	マイナンバーの申告が必要な場合にご提出ください。用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。 ※マイナンバーの申告は P.16 をご覧ください。

②加入期間が 10 年以上あり、かつ満 55 歳以上で脱退される場合は、年金の受給要件を満たすこととなり、一時金受取りの他に年金受取りも可能となります。

*上記のうち、満 55 歳～60 歳未満の脱退で、確定年金(10 年・15 年)の受取りを希望される場合は、即時の受取りとはならず、満 60 歳に達する日まで年金受給権取得を繰延べることとなります。(繰延べ手続きは P.10 をご覧ください。)

③加入者が死亡により脱退される場合、受取人が配偶者の場合は①の書類の他、次の書類を一緒にご提出ください。受取人が配偶者以外の場合は協会事務局へご連絡ください。

加入者の死亡事実が確認できる 戸籍全部(個人)事項証明書(戸籍謄(抄)本)	加入者の死亡事実が確認できる証明書に加入者と受取人の記載があれば、受取人の現在有効な証明書は不要です。 ※発行後 6 か月以内のもの
受取人の現在有効な 戸籍全部(個人)事項証明書(戸籍謄(抄)本)	

④脱退時の給付予定額(一時金・年金)を確認されたい場合は、協会事務局へご照会ください。追って概算額をご回答いたします。(文書による回答も可能です。)

⑤脱退書類の提出が遅れますと、掛金額の通知や給付金の支払い等に支障をきたしますのでご注意ください。提出が間に合わない場合は、加入者脱退届のみを早めにご提出ください。

⑥半年払掛金のある加入者が賞与の支給時期(6 月・7 月・12 月・1 月頃)に脱退される場合、半年払掛金を払込まれるかどうかは加入者の希望により選択が可能です。(払込まれる場合は、給付金の支払いが遅くなる場合がありますのでご了承ください。)

－ 加入者脱退届の記入方法 －

(中途脱退)

(右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。)

※事務担当者が作成してください。

- ・提出年月日、病院名と代表者名、加入者番号(右詰め)、加入者氏名(フリガナ)、生年月日、給与の最終天引き月(月払掛金の最後の給与徴収月)を記入
(例) 給与からの最終天引き月が 4 月 → 5 月分掛金の払込みが最終(掛金は前払い)

年 月 日

一般社団法人岡山県病院協会 御中

病 院 名

代表者名 _____

加 入 者 脱 退 届

下記の加入者が脱退しますので、手続きにつきましてよろしくお願いします。

記

加 入 者 番 号	フリガナ 加 入 者 氏 名	生 年 月 日	給与の最終天引き月
		H S . .	年 月給与

※加入者が脱退される場合は「給付金請求書」「加入者証」「加入者脱退届」「マイナンバー(個人番号)申告書(マイナンバーの申告が必要な場合)」をご提出ください。

※書類の提出が間に合わない場合は「加入者脱退届」のみを早めにご提出ください。

※「加入者証」紛失の場合は「加入者証紛失届」を添付してください。

— 給付金請求書の記入方法 —

（中途脱退）

（右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。）

団体(契約者)記入欄 ※事務担当者が記入してください。不明箇所は空欄で構いません。

- ・ **1** 保険契約者はそのままで、**2** 団体番号(1580942－000)、**3** 記入年月日(書類提出日)、**4** 加入者名(カタカナで)、加入者番号(右詰めで)、生年月日を記入
- ・ **5** 脱退事由は**中途**に○、脱退年月日(最終の掛金払込み月の末日)を記入（死亡脱退の場合、脱退事由は**死亡**に○、脱退年月日は死亡日を記入）、**6** 月払分・半年払分保険料最終払込月(最終の払込み月)を記入

（例）給与からの最終徴収が 4 月 → 5 月分掛金の払込みが最終（掛金は前払い）

この場合、脱退年月日は 5 月 31 日、月払分保険料最終払込月は 5 月
（半年払掛金の払込みがある場合、半年払分保険料最終払込月は 6 月または 12 月）

- ・ **7** 添付書類は添付があるものに○、**8** は取扱いがないので空欄

受取人記入欄 ※必ず受取人本人(加入者)が自署してください。

- ・ **A** は取扱いがないので空欄
- ・ **B** は①・②から希望する受取方法を選択（③・④は取扱いがないので選択不可）

- ・ 一時金受取りを希望する場合 … **①全額を一時金受取り**に○
- ・ 年金受取りを希望する場合(注) … **②全額を年金受取り**に○のうえ、**C** の保証・支払期間に、次の 3 種類の年金から希望する受取方法の該当する数字を記入

10 年確定年金 → 「**10 年** | **10 年**」

15 年確定年金 → 「**15 年** | **15 年**」

15 年保証期間付終身年金 → 「**15 年** | **99 年**」

（注）加入期間が 10 年以上あり、かつ満 55 歳以上の脱退のみ年金選択が可能です。
そのうち、満 55 歳～60 歳未満の脱退で確定年金(10 年・15 年)の受取りを希望される場合は満 60 歳に達する日まで年金受給権取得を繰延べることとなりますので、給付金請求書ではなく別途申請書類(年金受給権繰延申請書)を提出してください。

- ・ **C** の配偶者年金特則の付加、通増(減)年金特則の付加、選択生保コードは空欄
- ・ **D** 住所、電話番号、受取人(加入者)氏名(フリガナも忘れずに)を記入、加入者との続柄は**本人**に○(死亡脱退で受取人が配偶者の場合は**配偶者**に○)、配偶者氏名は空欄
- ・ **E** 振込先は受取人本人(加入者)の振込先口座を記入(振込先がゆうちょ銀行の場合は 3 桁の店番を支店名欄に、口座番号は 7 桁のものを記入)

※訂正のある場合は二重線で抹消し、訂正者のサイン(苗字のみ)で訂正してください。

はんこレス様式のため、訂正印の押印は無効ですのでご注意ください。なお、給付金の受取方法や振込口座の訂正は、必ず受取人本人(加入者)のサインで訂正してください。

※加入者証(紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください)、マイナンバー(個人番号)申告書(マイナンバーの申告が必要な場合)を一緒にご提出ください。

※加入者・病院の控えとしてコピーをお取りください。

第一生命保険株式会社 行

拋出型企業年金保險

給付金請求書

兼個人番号申告にかかる委任状

団体〔契約者〕記入欄																		1		保険 契 約 者		所在地		岡山市北区駅元町 19-2 一般社団法人岡山県病院協会									
1 ~ 7 の欄にご記入ください。訂正する場合は二重線で抹消し事務担当者さまのサインにて訂正ください。																		団 体 名															
																		役職・ 代 表 者 名															
2		団体番号						結合		CD △		—		3		記入年月日																	
		1 5														和暦 年 月 日																	
		11 17 18 20 21												23 26																			
4		加 入 者 名 (カ ナ)										—		加入者番号(右詰)										別 □ O O O		生年月日 ③ 昭和 年 月 日 ④ 平成 年 月 日		1					
5		脱退事由 〇2 定年 10 中途 40 死亡		① 平成 ⑤ 令和		脱退年月日 年 月 日				定年・払込満了日 中途・月払（基本の保険料払込方法）最終払込月の末日 死亡・死亡日				6		① 平成 ⑤ 令和		月払分保険料最終払込月 年 月 日まで				① 平成 ⑤ 令和		半年払分保険料最終払込月 年 月 日まで									
7		添付書類 印鑑証明書 1 有		添付書類 戸籍謄（抄）本 1 有		8		加入者 記入欄				退職時一時払保険料の払込（保険料額） 1 有 百万 千 円				<ご契約内容よりお取扱いがある場合のお申込み可能金額をご確認のうえ、お支払の場合のみご記入ください。[給付金請求] ●退職時一時払保険料についてをご確認																	

見
本

受取人記入欄

※必ず受取人ご本人がご記入ください。訂正する場合は二重線で抹消し受取人のサインにて訂正ください。

A 契約内容にお取扱いのある団体のみ選択可

※一時払退職後終身保険への加入を申し込みする場合のみ金額をご指定ください。

105	終身保険金額（右詰）				108
万円					
11	0	0	0	0	
102	103	109	112		

残額の受取り方法は、右記**B**にて選択ください。

B <受取方法>以下の①～④から希望する一つに○印を付け、矢印にしたがってご記入ください。
 なお、②③④の年金の種類選択につきましては、団体事務担当者さまへご確認のうえご記入ください。

① 全額を一時金
受取り

114
158 159

全額一時金を選択した場合 **D**へ進む

② 全額を年金
受取り

114
147 148

③ 一時金を指定し
残額を年金受取り

114
111

147 148
158 159

一時金額をご指定ください

160	百万	千	百	十	円		

④ 年金額を指定し
残額を一時金受取り

111
147 148

年金額をご指定ください

149	百万	千	百	十	円		

C <年金受取方法>②③④のいずれかを選択された場合、ご記入ください。

保証・支払期間	配偶者年金特則の付加	通増(減)年金特則の付加	選択生保コード
保証期間 支払期間 年 年	しなない 100 す 209	しなない 0 す 1	選択生保コード
174 175 176 177	178 180	181	392 394

Dへ

住所・氏名		受取人が個人番号（マイナンバー）を申告する必要がある場合には、受取人は、上記記載の保険契約者（事務代行団体が設定されている場合には事務 代行団体）を代理人として定め、第一生命保険株式会社との保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために当該代理人を通じて、受取人の個 人番号（マイナンバー）を第一生命保険株式会社へ申告します。																	
郵便番号		フリガナ		1都 2道 3府 4県		1市 2市 3町 4村		1区		フリガナ 町名から番地まで									
* フリガナ		262		395		409		189 第一生命使用欄 192											
方書・マンション名等		電話番号		—		—		—											

フリガナ		△		△		
受取人氏名 （自署）	姓	名				

ご加入者 との続柄		1 配偶者 6 養父母 2 子 供 7 孫 3 父 母 8 祖父母 4 兄弟姉妹 9 その他 5 養 子	
○を付けて ください。		0 本 人	

△		△	
受取方法が終身年金でかつ配偶者年金 特則の付加を選択した <u>場合のみ</u> ご記入 ください。	→		

フリガナ		△		△		
配偶者氏名 （自署）	姓	名				

性別		生年月日		311		
1 男 2 女	3 既婚 4 平成	年 月 日				

E	振込先																																																														
ゆうちょ銀行□座のお振込みを希望される場合は、他金融機関振込用の3桁の店番を支店名欄に、口座番号は7桁のものをご記入ください。																																																															
第一生命 312 313 使用機 4 1																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">314</th> <th style="width: 10%;">328</th> <th style="width: 10%;">329</th> <th style="width: 10%;">330</th> <th style="width: 10%;">331</th> <th style="width: 10%;">350</th> <th style="width: 10%;">368</th> <th style="width: 10%;">370</th> <th style="width: 10%;">371</th> <th style="width: 10%;">390</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>(99 他)</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td colspan="2"></td> <td>(00 銀行) (15 信託) (02 信託) (20 農協) (10 信金) (25 労金)</td> <td>支店名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">△</td> </tr> <tr> <td>当座預金を指定される場合は「普通総合 01」を抹消のうえ「当座預金 02」と訂正ください。</td> <td colspan="2">351</td> <td>352</td> <td>353</td> <td colspan="2">□座番号（右詰）</td> <td colspan="2">358</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">普通総合 01</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> □座名義は、 受取人本人の□座 を指定ください。 </td> <td>姓</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table>											314	328	329	330	331	350	368	370	371	390	フリガナ			(99 他)	フリガナ			1	0	0	フリガナ	金融機関名			(00 銀行) (15 信託) (02 信託) (20 農協) (10 信金) (25 労金)	支店名			△				当座預金を指定される場合は「普通総合 01」を抹消のうえ「当座預金 02」と訂正ください。	351		352	353	□座番号（右詰）		358				普通総合 01						□座名義は、 受取人本人の□座 を指定ください。		姓	名
314	328	329	330	331	350	368	370	371	390																																																						
フリガナ			(99 他)	フリガナ			1	0	0	フリガナ																																																					
金融機関名			(00 銀行) (15 信託) (02 信託) (20 農協) (10 信金) (25 労金)	支店名			△																																																								
当座預金を指定される場合は「普通総合 01」を抹消のうえ「当座預金 02」と訂正ください。	351		352	353	□座番号（右詰）		358																																																								
	普通総合 01						□座名義は、 受取人本人の□座 を指定ください。		姓	名																																																					

第一生命使用欄

伝票コード	(書類受付日または書類完備日)	(入力)
L50 / 080000- 1 5 9	書類受付・完備日	書類受付 点検
書類受付・完備日 書類受付	書類受付 点検	書類受付 点検

ドリーム【登】 05745-04 2023.3 保存期間 10年 (改) 本



7. 繰延べ手続き

- ① “繰延べ” とは、年金の受給要件（加入期間が 10 年以上あり、かつ満 55 歳以上）を満たした加入者が 60 歳未満で脱退される場合、満 60 歳に達する日まで年金受給権を繰延べることです。次の場合に繰延べ手続きをお取りいただきます。

＊年金の受給要件を満たした加入者が 60 歳未満で脱退され、確定年金(10 年・15 年)の受取りを希望される場合

＊年金の受給要件を満たした加入者が 60 歳未満で掛金の払込みを中止し、満 60 歳に達する日まで受取りを先延ばしされる場合

- ②加入者が年金受給権取得を繰延べされる場合は、次の書類を協会事務局へご提出ください。

年金受給権繰延申請書	用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。
加入者脱退届	用紙はコピー可、右ページの様式をコピーまたは協会ホームページからプリントアウトしてご使用ください。
加入者証	紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください。 ※加入者証の紛失手続きは P.14 をご覧ください。

- ③実際の請求(給付金請求書の提出)は、繰延期間終了時(満 60 歳到達時)となります。繰延期間終了時に第一生命保険（株）ドリーム年金室から加入者へ直接ご案内いたします。

- ④繰延期間終了時は 3 種類の年金（10 年確定年金・15 年確定年金・15 年保証期間付終身年金）または一時金から選択いただけます。また、繰延期間中に一時金での即時の受取りも可能ですので、その際は第一生命保険（株）ドリーム年金室へ直接ご相談ください。

－ 年金受給権繰延申請書の記入方法 －

（右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。）

ご契約者記入欄 ※事務担当者が記入してください。不明箇所は空欄で構いません。

- ① 団体番号(1580942－000)、② 記入年月日(書類提出日)、③ 加入者番号(右詰めで)、④ 加入者名(カタカナで)、⑤ 生年月日、⑥ 脱退年月日(最終の掛金払込み月の末日)、⑦ 保険料最終払込年月(最終の掛金払込み月)を記入、⑧ 保険契約者はそのまま

ご加入者記入欄 ※必ず加入者が自署してください。

- A 繰延満了年齢(60 歳)を記入、B は取扱いがないので空欄、C 氏名(フリガナも忘れずに)、住所、電話番号を記入

※訂正のある場合は二重線で抹消し、訂正者のサイン(苗字のみ)で訂正してください。

はんこレス様式のため、訂正印の押印は無効ですのでご注意ください。

※加入者証(紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください)、加入者脱退届を一緒にご提出ください。

※加入者・病院の控えとしてコピーをお取りください。

第一生命保険株式会社 行

(下記の通り繰延者を通知します。)

契約者記入欄

加入者記入欄

1 ~ 8 の欄にご記入ください。

1	団体番号	結合	CD	2	記入年月日
1	5		△	-	和暦 年 月 日 -
11			20	23	28 29

3	加入者番号(右詰)	別口
		0 0 0
30		39 42

4	加入者名(カナ)
姓	名

5	生年月日
(3 昭和)	年 月 日
(4 平成)	
43	44 49

6	脱退年月日
(4 平成)	年 月 日
(5 令和)	
50	51 56

7	保険料最終払込迄年月
月 払	(4 平成) 年 月 日
(5 令和)	
57	58 61 62 63 66

保険料をお払いただく
最終月分をご記入ください

見本

A ~ C の欄にご記入ください。

制度上お取扱いがある場合のみ、お払込みいただき
↓ 取扱いの有無については、団体事務担当者さまあてご確認ください。A 繰延期間をご記入ください。
繰延できる範囲は年齢単位です。上限については
団体事務担当者さまあてご確認ください。

繰延満了年齢
2 歳 0 0 ヶ月
77 78 81

B ご案内(表紙)の「5.一時払保険料について」をご確認のうえ、
一時払保険料の払込みを希望する場合にご記入ください。
一時払保険料から保険事務費を控除した金額が積立てられます。

一時払保険料の払込(保険料)
する 1 円
82 83 91

※お払込み限度額は
1,000万円です。

一時払保険料の払込をする場合、以下の項目を必ずご確認ください。

「一時払保険料」の金額が 脱退時の積立金より大きい場合

一時払保険料の金額 > 脱退時の積立金

繰延期間終了後に選択できる年金は終身年金のみとなることを了承し、署名ください。

自署	
----	--

※脱退時の積立金よりも小さい場合は、繰延期間終了後に確定年金・終身年金とも選択できます。

C	フリガナ	△
氏名(自署)		

表紙「年金受給繰延申請のご案内」に記載の「個人情報のお取扱いについて」に
同意し、署名します。

郵便番号	フリガナ	1 都	1 市	1 区	第一生命使用欄
112	118	2 道	2 郡		
123		3 府			
フリガナ		4 県			
町村以下番地まで		* 方書・マンション名等			
電話番号					
193	207				

第一生命使用欄	訂正区分	1	了承自署有	1
		205		209

第一生命使用欄

TR区分	入力TR
L 5 0	0 6 7 8 0 -
1	3 5 9 10

<処理担当者>

入力	検算	受付日	担当	点検
----	----	-----	----	----



8. 払込満了手続き

①加入者が払込満了年齢(満 65 歳、院長・役員は満 70 歳)に達した場合、掛金の払込みが満了し、給付金の請求手続きをお取りいただきます。

②払込満了の加入者がいる場合は、払込満了日までに病院へお知らせしますので、次の書類を提出期限までに協会事務局へご提出ください。

給付金請求書	用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。
加入者証	紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください。 ※加入者証の紛失手続きは P.14 をご覧ください。
マイナンバー(個人番号)申告書	マイナンバーの申告が必要な場合にご提出ください。用紙はコピー不可、協会事務局へご請求ください。 ※マイナンバーの申告は P.16 をご覧ください。

*払込満了者の通知の際は、給付金の試算額(年金月額・一時金額)を記載した給付選択内容のご案内をお届けいたします。

③満 65 歳未満(院長・役員は満 70 歳未満)の定年退職の場合は通知がありません。加入者の退職日(定年日)を病院で確認のうえ手続きをお取りください。

*事務担当者宛にお届けしている加入者名簿(生年月日順)を確認用としてご活用ください。

④満 65 歳未満(院長・役員は満 70 歳未満)の定年退職による解約は、制度上“定年(払込満了)”でなく“中途脱退”の取扱いとなります。(脱退手続きは P.6 をご覧ください。)

*上記の場合、払込満了者と比べて給付額が減るなど、加入者が不利になることはありません。定年退職までの加入期間が 10 年以上あれば、一時金受取りの他に年金受取りも可能となります。

⑤半年払掛金のある 6 月・7 月・12 月の払込満了者は、半年払掛金までの払込みが原則となります。

*一時金受取りを希望される場合は、給付金の支払いが遅くなることがありますので、半年払掛金を払込まずに手続きすることも可能です。その際は協会事務局へご連絡ください。(制度上“中途脱退”の取扱いとなりますのでご了承ください。)

— 給付金請求書の記入方法 —

(払込満了)

(右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。)

団体(契約者)記入欄 ※事務担当者が記入してください。不明箇所は空欄で構いません。

- ・ **1** 保険契約者はそのまま、**2** 団体番号(1580942-000)、**3** 記入年月日(書類提出日)、**4** 加入者名(カタカナで)、加入者番号(右詰めで)、生年月日を記入
- ・ **5** 脱退事由は**定年**に○、脱退年月日(**払込満了日**)を記入
- ・ **6** 月払分保険料最終払込月(払込満了月)、半年払分保険料最終払込月(半年払掛金の払込みがある場合は最終の払込み月)を記入
- ・ **7** 添付書類は添付があるものに○、**8** は取扱いがないので空欄

岡山県病院協会積立年金

第一生命保険株式会社 行

拠出型企業年金保険

給付金請求書

兼個人番号申告にかかる委任状

団体（契約者）記入欄

1

1～7 の欄にご記入ください。訂正する場合は二重線で抹消し事務担当者さまのサインにて訂正ください。

団体番号										結合	
1	5									CD	△
11						17	18		20	21	

記入年月日					
和暦	年	月	日		
23					28

加入者名（カナ）									

加入者番号（右詰）									
別 〇 〇 〇									
29						39	40		42

岡山市北区駅元町 19-2

一般社団法人岡山県病院協会

脱退事由		脱退年月日	
〇2 定年 10 中途 40 死亡	〇 〇 〇	年	月 日
51	52		59

定年・中途・死亡	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
53	54

月払分保険料最終払込月	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
69	70

月払分保険料最終払込月	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
74	75

半年払分保険料最終払込月	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
74	75

生年月日	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
43	44

〇 〇 〇	
〇 〇 〇	
49	50

添付書類	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
89	90

退職時一時払保険料の払込（保険料額）	
〇 〇 〇	〇 〇 〇
92	93

＜ご契約内容よりお取扱いがある場合のお払込み可能金額をご確認のうえ、お払込みのみご記入ください。＞
●退職時一時払保険料についてをご確認

見本

受取人記入欄

※必ず受取人ご本人がご記入ください。訂正する場合は二重線で抹消し受取人のサインにて訂正ください。

A 契約内容にお取扱いのある団体の選択可

※一時払退職後終身保険への加入を申し込みする場合は、場合のみ金額をご指定ください。

終身保険金額（右詰）	
〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇 〇
102	103

残額の受取り方法は、右記 B にて選択ください。

B ＜受取方法＞以下の①～④から希望する一つに〇印を付け、矢印にしたがってご記入ください。

なお、②③④の年金の種類選択につきましては、団体事務担当者さまへご確認のうえご記入ください。

① 全額を一時金受取り	
〇 〇 〇	
158	159

② 全額を年金受取り	
〇 〇 〇	
147	148

③ 一時金を指定し 残額を年金受取り	
〇 〇 〇	
147	148

④ 年金月額を指定し 残額を一時金受取り	
〇 〇 〇	
147	148

全額一時金を選択した場合 D へ進む

一時金額をご指定ください	
〇 〇 〇	
160	161

年金月額をご指定ください	
〇 〇 〇	
149	150

C ＜年金受取方法＞②③④のいずれかを選択された場合、ご記入ください。

保証・支払期間	保証期間	支払期間
〇 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇
174	175	176

配偶者年金 特則の付加	
〇 〇 〇	
178	179

通増（減）年金 特則の付加	
〇 〇 〇	
181	182

選択生保 コード	
〇 〇 〇	
392	393

D へ

D 住所・氏名

受取人が個人番号（マイナンバー）を申告する必要がある場合には、受取人は、上記記載の保険契約者（事務代行団体が設定されている場合には事務代行団体）を代理人として定め、第一生命保険株式会社との保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために当該代理人を通じて、受取人の個人番号（マイナンバー）を第一生命保険株式会社へ申告します。

郵便番号		フリガナ	
〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇 〇	フリガナ	フリガナ
182	183	454	455

フリガナ		フリガナ	
〇 〇 〇	〇 〇 〇	フリガナ	フリガナ
262	263	395	396

フリガナ		フリガナ	
〇 〇 〇	〇 〇 〇	フリガナ	フリガナ
263	264	397	398

受取人氏名（自署）		受取人氏名（自署）	
〇 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇
263	264	399	400

E 振込先

ゆうちょ銀行口座へのお振込みを希望される場合は、他金融機関振込用の3桁の店番を支店名欄に、口座番号は7桁のものを〇記入ください。

フリガナ		フリガナ	
〇 〇 〇	〇 〇 〇	フリガナ	フリガナ
314	315	370	371

第一生命使用欄

伝票コード		伝票コード	
〇 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇
1	2	3	4

ドリーム【登】 05745-04 2023.3 保存期間 10 年（改）

受取人記入欄 ※必ず加入者が自署してください。

- ・ **A** は取扱いがないので空欄
- ・ **B** は①・②から希望する受取方法を選択（③・④は取扱いがないので選択不可）

- ・ 一時金受取りを希望する場合 … **①全額を一時金受取り**に○
- ・ 年金受取りを希望する場合 … **②全額を年金受取り**に○のうえ、**C** の保証・支払期間に、次の3種類の年金から希望する受取方法の該当する数字を記入

10年確定年金 → 「10年 | 10年」

15年確定年金 → 「15年 | 15年」

15年保証期間付終身年金 → 「15年 | 99年」

- ・ **C** の配偶者年金特則の付加、通増(減)年金特則の付加、選択生保コードは空欄
- ・ **D** 住所、電話番号、受取人(加入者)氏名(フリガナも忘れずに)を記入、加入者との続柄は**本人**に○、配偶者氏名は空欄
- ・ **E** 振込先は加入者の振込先口座を記入(振込先がゆうちょ銀行の場合は3桁の店番を支店名欄に、口座番号は7桁のものを記入)

※訂正のある場合は二重線で抹消し、訂正者のサイン(苗字のみ)で訂正してください。

はんこレス様式のため、訂正印の押印は無効ですのでご注意ください。なお、給付金の受取方法や振込口座の訂正は、必ず加入者のサインで訂正してください。

※加入者証(紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください)、マイナンバー(個人番号)申告書(マイナンバーの申告が必要な場合)を一緒にご提出ください。

※加入者・病院の控えとしてコピーをお取りください。

9. 加入者証の紛失手続き

①紛失等で加入者証の再発行を希望される場合は、加入者証紛失届を協会事務局へご提出ください。後日新しい加入者証をお届けいたします。

※加入者証紛失届の用紙は、右ページの様式をコピー、または協会のホームページからプリントアウトしてご使用ください。

②紛失等で各種手続きの際に加入者証の提出ができない場合は、加入者証紛失届を添付のうえご提出ください。

－ 加入者証紛失届の記入方法 －

(右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。)

※事務担当者が作成してください。

- ・ 提出年月日、病院名と代表者名を記入
- ・ 加入者番号(右詰め)、加入者氏名(フリガナ)、月払・半年払掛金額を記入、備考の該当事項に○

年 月 日

一般社団法人岡山県病院協会 御中

病 院 名

代表者名 _____

加 入 者 証 紛 失 届

下記の加入者から「加入者証」を紛失したとの申し出がありましたので、手続きにつきましてよろしくお願いします。

記

加 入 者 番 号	フリガナ 加 入 者 氏 名	掛 金	備 考 (該当に○)
		月払 円 半年払 円	再発行依頼 手続書類添付

※紛失等で「加入者証」の再発行を希望される場合に提出してください。新しい「加入者証」を後日お届けいたします。

※各種手続きの際に、紛失等で「加入者証」が提出できない場合に添付してください。

10. マイナンバーの申告

①給付金ご請求の際に、一時金の受取金額が100万円を超える場合、または年金の受取金額が年額20万円を超える場合はマイナンバーの申告が必要です。

＊上記以外の場合はマイナンバーの申告は不要です。

②マイナンバーの申告が必要な場合は、マイナンバー（個人番号）申告書を給付金請求書と一緒に協会事務局へご提出ください。

＊マイナンバー(個人番号)申告書の用紙やマイナンバー(個人番号)専用封筒は協会事務局へご請求ください。

③マイナンバーの申告が必要な金額かどうかは、一時金受取りの場合は事務担当者宛にお届けしている積立金残高明細一覧表や加入者宛にお届けしている積立金残高のお知らせでご確認ください。年金受取りの場合や金額の確認ができない場合は、協会事務局へご照会ください。

④マイナンバー(個人番号)申告書の記入間違いや確認書類の添付漏れ等がある場合は、第一生命保険（株）が受取人本人(加入者)と直接やり取りをいたします。

－ 個人番号(マイナンバー)申告書の記入方法 －

（右ページを参照し、下記要領にそって作成してください。）

※必ず受取人本人(加入者)が自署してください。

- ・記入年月日、団体番号(1580942－000)、加入者番号(右詰めで)、加入者名(フリガナ)を記入
- ・②・③は空欄（受取人が遺族の場合は、②へ受取人氏名を記入）
- ・次のマイナンバー(個人番号)が確認できる書類のいずれか1点のコピーを申告書の裏面に貼付(または添付)

マイナンバーカードの裏面（表面は不要、裏面にマイナンバー記載）

マイナンバー通知カード（氏名・住所等に変更がある場合は使用不可）

マイナンバーが記載された住民票

住民票記載事項証明書

※申告書は病院協会(団体)経由で提出するため、身元が確認できる書類(本人確認書類)の添付は不要です。

※マイナンバー(個人番号)専用封筒の裏面に加入者番号と加入者名を記入、マイナンバー(個人番号)申告書を入れて封をしてください。

※大切な個人情報ですので、マイナンバー(個人番号)申告書の作成からマイナンバー(個人番号)専用封筒への封入・封印までは、必ず受取人本人(加入者)が行ってください。

※マイナンバー(個人番号)専用封筒は開封しないでご提出ください。

第一生命送付用

記入年月日 年 月 日

拠出型企業年金保険 マイナンバー(個人番号)申告書

私は、第一生命保険株式会社が保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために、添付書類に記載されているとおり、マイナンバー(個人番号)を申告します。なお、このマイナンバー(個人番号)申告書(添付書類を含む)を提出後、上記の目的でマイナンバー(個人番号)を利用する必要がなくなった場合(支払調書作成対象外と判明した場合等)には、当申告書は第一生命保険株式会社にて廃棄または削除等の適切な処理を行うことを了承します。

下記①～③をご記入ください。訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印またはご署名をお願いします。

※ 団体番号および加入者番号は、お持ちの「加入者証」や「積立金残高のお知らせ」等でご確認ください。

① 団体番号・加入者番号・加入者名をご記入ください

両コース加入の方は両方の結合を枠内にご記入ください

団体番号				結合		加入者番号(右詰)									
1	5				—										
フリガナ															
加入者名		姓											名		

② 受取人がご遺族となる場合は、以下をご記入ください

※受取人が加入者ご本人となる場合は記入不要です

フリガナ		
受取人氏名	姓	名

※受取人となるご遺族さまの必要書類を裏面へ貼り付けてください。

見本

③ 代理人が申告する場合は以下をご記入ください(受取人ご本人さまによる申告が困難な場合)

※受取人ご本人が、団体さまへご提出を委任される場合は、この欄への記入は不要です

委任状	私は下記の者を代理人と定め、代理人を通じてマイナンバー(個人番号)を申告いたします。		ご本人署名												
	代理人氏名		姓 名												
生年月日		大正		昭和		平成				年		月		日	



2952016016

裏面へ必要書類を貼り付けてください



1 1. 給付金の支払い

①給付金の支払いは次の通りです。

払込満了者	10 年確定年金・15 年確定年金・15 年保証期間付 終身年金、または一時金から希望する受取方法を選択
加入期間が 10 年以上あり、 かつ満 55 歳以上の脱退者	※年金の支払いは 2 月・5 月・8 月・11 月(年 4 回)の 20 日(20 日が土・日・祝日の場合は直前の営業日)となります。前月までの未払い分をまとめてお支払いいたします。 ※加入期間が 10 年以上かつ満 55 歳～60 歳未満の脱退者が確定年金(10 年・15 年)の受取りを希望される場合は、年金の受給取得を満 60 歳まで繰延べることとなります。
上記以外の脱退者	一時金のみ

②年金の種類は次の通りです。

10 年確定年金	生死に関係なく 10 年間または 15 年間年金を受取り ※年金の受取期間中に一時金での受取りを希望される場合は、残りの期間に対応する年金現価を一時金でお支払いいたします。
15 年確定年金	※年金の受取期間中に死亡された場合は、残りの期間の年金を遺族へお支払いするか、年金に代えて残りの期間に対応する年金原価を一時金でお支払いいたします。
15 年保証期間付 終身年金	生死に関係なく 15 年の保証期間中年金を受取り、 保証期間経過後は死亡されるまで年金を受取り ※年金の保証期間中に一時金での受取りを希望される場合は、残りの期間に対応する年金現価を一時金でお支払いし、保証期間経過後に生存されている場合は年金のお支払いを再開いたします。なお、再開後は一時金での受取りはできません。 ※年金の保証期間中に死亡された場合は、残りの期間の年金を遺族へお支払いするか、年金に代えて残りの期間に対応する年金原価を一時金でお支払いいたします。 ※加入者が死亡された時期によっては、受取累計額が掛金払込累計額・年金原資(積立金)を下回ることがあります。

③加入者が掛金の払込期間中に死亡された場合は、加入者の遺族へ一時金をお支払いいたします。

*脱退一時金に月払掛金と半年払掛金のそれぞれ 1 回分(遺族年金特約による給付金)を加算した金額をお支払いいたします。

12. 掛金・給付金の税務

①加入者の払込保険料(掛金から運営事務費を控除したもの)は、**個人年金保険料控除**の対象となります。

＊加入月から払込満了月までの期間が10年未満の場合は、**一般生命保険料控除**の対象となります。

②給付金受取り時の税務上の取扱いはこの通りです。詳細は税理士や所轄の税務署等へご確認ください。

給付の種類	受取人	課税区分	税務上の取扱い
年金	加入者本人	雑所得	年金年額から必要経費(年金年額に対応する払込保険料等)を控除した金額が25万円以上の場合は、年金支払いの際に所得税が源泉徴収されます。 源泉徴収額は確定金額ではありませんので、確定申告で還付される可能性があります。
	遺族 (加入者死亡の場合)		年金受給権の評価額が相続税の対象となります。さらに相続等により取得した年金は課税部分と非課税部分に分けて課税部分のみ所得税の対象となります。
一時金	加入者本人	一時所得	源泉徴収されませんが、確定申告が必要な場合があります。
	遺族 (加入者死亡の場合)		相続税の対象となります。

各種手続きについて不明な点等ありましたら、
病院協会事務局までご連絡ください。

岡山県病院協会 事務局

TEL: (086) 250-1124 / FAX: (086) 250-3458

E-mail: oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp

提出書類一覧表

	加入者証 ※1	給付金 請求書	マイナンバー 申告書 ※2	加入者 脱退届	年金受給権 繰延申請書	加入者項目 訂正通知書	備考
氏名の変更	◎					◎	
病院の異動						◎※3	
中途脱退 ※満65歳(満70歳)未満の定年退職 による解約を含む。	◎	◎	◎	◎			
繰延べ 加入期間が10年以上あり かつ満55歳～60歳未満 の脱退で確定年金(10年・ 15年)を希望する場合	◎			◎	◎		
死亡脱退	◎	◎	◎	◎			※4 ※5
払込満了 (満65歳(満70歳))	◎	◎	◎				

※1 紛失の場合は加入者証紛失届を添付してください。

※2 一時金の受取金額が100万円を超える場合、または年金の受取金額が年額20万円を超える場合にご提出ください。

※3 異動先の病院からご提出ください。(異動元の病院からの提出書類はありません。)

※4 受取人が配偶者の場合は、加入者の死亡事実が確認できる戸籍全部(個人)事項証明書(戸籍謄(抄)本)、受取人の現在有効な戸籍全部(個人)事項証明書(戸籍謄(抄)本)を一緒にご提出ください。(加入者の死亡事実が確認できる証明書に加入者と受取人の記載があれば、受取人の現在有効な証明書は不要です。)

※5 受取人が配偶者以外の場合は協会事務局へご連絡ください。

積立年金専用会員病院番号表

(令和8年4月現在)

(岡山支部)	039 宮本整形外科病院	075 児島聖康病院	208 倉敷リハビリテーション病院	(高梁支部)	166 石川病院
001 岡山大学病院	040 岡山第一病院	204 玉野中央病院	計 28 病院	133 成羽病院	167 希望ヶ丘ホスピタル
002 岡山医療センター	043 竜操整形外科病院	計 10 病院		134 さきがけホスピタル	169 津山第一病院
003 岡山県精神科医療センター	045 岡山旭東病院		(井笠支部)	136 大杉病院	171 芳野病院
004 岡山市立市民病院	046 岡山東中央病院		109 笠岡市民病院	137 高梁中央病院	173 柵原病院
005 せのお病院	047 岡山水清会病院		110 井原市民病院	140 ルミエール病院	174 日本原病院
006 岡山市立金川病院	048 中島病院		111 矢掛町病院	202 吉備高原医療リハビリテーションセンター	175 さとう記念病院
007 福渡病院	050 重井医学研究所附属病院		113 ももの里病院	計 6 病院	176 田尻病院
008 岡山労災病院	051 岡山光南病院		114 笠岡中央病院		177 美作中央病院
009 岡山赤十字病院	053 林病院		115 笠岡第一病院	(新見支部)	212 津山中央記念病院
010 岡山済生会病院	055 岡山西大寺病院		116 鳥越病院	141 新見中央病院	計 16 病院
011 川崎医科大学総合医療センター	058 丹羽病院		118 小田病院	142 太田病院	(東備支部)
012 岡山記念病院	195 岡村一心堂病院		119 菅野病院	143 渡辺病院	057 瀬戸内記念病院
013 健康づくり財団附属病院	197 ベリネ・母と子の病院		122 金光病院	144 長谷川記念病院	178 邑久光明園
014 淳風会ロケラフホスピタル	198 藤田病院		123 みわ記念病院	計 4 病院	179 長島愛生園
015 河田病院	199 岡山療護センター		124 国定病院		180 市立備前病院
016 喜多村病院	207 岡山ひだまりの里病院		196 きのこエスポート病院	(真庭支部)	181 市立日生病院
017 光生病院	213 岡山東部脳神経外科病院		計 13 病院	145 湯原温泉病院	182 市立吉永病院
018 柿原病院	214 岡山西大寺病分院			146 勝山病院	183 瀬戸内市民病院
019 岡山中央病院	215 岡山済生会外来センター病院		(吉備支部)	147 津山中央まいわ病院	187 草加病院
020 万成病院	216 川崎医療大学高齢者医療センター		126 長野野病院	148 落合病院	188 平病
025 おおもと病院	計 52 病院		128 葉師寺慈恵病院	149 金田病院	189 北川病院
028 同仁病院			129 森下病院	151 向陽台病院	191 長島病院
029 慈圭病院	(玉野・児島支部)		131 まきび病院	計 6 病院	192 赤磐医師会病院
030 佐藤病院	059 たまの病院		132 まきび記念病院	(津山支部)	計 12 病院
031 セントラルシティ病院	060 倉敷市立市民病院		210 済生会吉備病院	154 鏡野町病院	193 協会事務局
032 山陽病院	066 中谷外科病院		計 6 病院	155 市立大原病院	
033 岡山博愛会病院	067 大西病院			157 津山中央病院	
035 旭川荘療育・医療センター	068 岡山赤十字玉野病院			158 積善病院	
036 岡山リハビリテーション病院	072 倉敷シライイ病院			160 中島病院	
037 林精神科病院	073 下津井病院			163 大谷病院	
038 岡山協立病院	074 チクハ`外科病院				