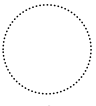


年金制度管理情報サービス ユーザーID・電子証明書手続依頼書(変更・再発行)

年金制度管理情報サービスの利用に関し、以下のとおり依頼します。

		申込日	西暦	年	月	日
委託者名						 届出印
代表者役職名 / 代表者氏名	(代表者役職名)	(代表者氏名)				
委託者番号	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> 厚年：2 基金型DB：8 規約型DB：9 </div> <div style="margin-right: 5px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> 委託者番号 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> - </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> M U T B </div> </div>					

1. お手続き内容に関する以下の全項目について、および必要事項をご記入ください。

現在ご利用中のユーザーID	ユーザーID	<div style="display: flex; align-items: center;"> M U T B </div>	(枝番不要)
お手続き内容	<input type="checkbox"/> ① ユーザーIDを追加で発行		
	<input type="checkbox"/> ② 取りまとめご担当者・メールアドレス変更		
	<input type="checkbox"/> ③ 電子証明書の再発行/ユーザーIDのパスワード初期化		
	<input type="checkbox"/> ④ 委託者名称の変更(ローマ字表記)		
取りまとめご担当者氏名	姓(漢字)	名(漢字)	
取りまとめご担当者メールアドレス			
ご連絡先	氏名・電話番号	(氏名) <input type="checkbox"/> 同上 (氏名) <input type="checkbox"/> その他()	(電話番号)

2. 上記お手続き内容に応じて、以下、必要事項をご記入ください。

「① ユーザーIDを追加で発行」を選択した場合

業務権限及びユーザーID数 <small>※個人番号業務権限とは個人番号の登録・変更・削除・照合が可能となる権限です。</small>	<input type="checkbox"/> ① 個人番号業務権限あり (ユーザーID数: _____個) <input type="checkbox"/> ② 個人番号業務権限なし (ユーザーID数: _____個) <input type="checkbox"/> ③ 個人番号業務権限のみ (ユーザーID数: _____個)
--	---

「② 取りまとめご担当者・メールアドレス変更」を選択した場合

新規取りまとめご担当者氏名	姓(漢字)	名(漢字)
新規取りまとめご担当者メールアドレス		

「③ 電子証明書の再発行/ユーザーIDのパスワード初期化」を選択した場合

証明書を取得するユーザーID <small>※パスワードの初期化を併せてご希望の場合は、当該欄にチェックをしてください。</small>	(1) ユーザーID <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> M U T B </div> <input type="checkbox"/> パスワードを初期化(長期未使用・パスワード不明等)
	(2) ユーザーID <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> M U T B </div> <input type="checkbox"/> パスワードを初期化(長期未使用・パスワード不明等)

「④ 委託者名称の変更(ローマ字表記)」を選択した場合

委託者名称(半角英数字30文字以内)	(変更前)	
	(変更後)	

本依頼書のご記入が完了しましたら、以下へFAXまたはご郵送ください。

①FAX事前受付の場合:FAX受領後、翌営業日までにお手続きします。 【FAX】 03-5547-7988 ※FAX後、必ず原本を以下の【郵送先】にご郵送ください。	
②ご郵送の場合:弊社に依頼書到着後、1~2週間程度でお手続きします。 【郵送先】 〒104-8617 東京都中央区晴海1丁目8番10号 晴海アイランドトリンスクエアオフィスタワーX 17階 三菱UFJ信託銀行株式会社 年金信託部 年金事務第4課宛	

【銀行使用欄】

年信4課(登録)

年信事務(照合)

受付日	
検印	係印

受付日	
検印	印鑑照合