

常務理事		係

和歌山県病院企業年金基金

確定給付企業年金

加入者適用諸届 総括表

加入者の異動・報酬変更の届出のため、**日本年金機構の確認通知書の写し**を提出します。

提出する届出にをしてください。

<input type="checkbox"/>	資格取得届	枚	人
<input type="checkbox"/>	資格喪失届	枚	人
<input type="checkbox"/>	資格喪失者住所登録票	枚	人
<input type="checkbox"/>	月額変更届	枚	人

※ 資格喪失届と資格喪失者住所登録票は同時にご提出ください。

事業所番号 ()
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

社会保険労務士の提出代行者氏名

受付日付印