

愛媛県医療機関企業年金基金

加入者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

① 事業所番号

--	--	--	--	--

枝 番 号	② 加入者番号	④ 加入者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 性別	⑦ 資格取得年月日	⑧ 報酬月額	⑨ 標準報酬月額	⑩ 取得区分 (基金使用欄)	⑪ 備考
	③ 基礎年金番号								

01		(フリガナ) 氏 名	昭 S 年 月 日 平 H 令 R	男 1 女 2			円 千円	新規 (再加入) 事業所間異動	
----	--	---------------	-------------------------	------------	--	--	------	--------------------	--

02		(フリガナ) 氏 名	昭 S 年 月 日 平 H 令 R	男 1 女 2			円 千円	新規 (再加入) 事業所間異動	
----	--	---------------	-------------------------	------------	--	--	------	--------------------	--

03		(フリガナ) 氏 名	昭 S 年 月 日 平 H 令 R	男 1 女 2			円 千円	新規 (再加入) 事業所間異動	
----	--	---------------	-------------------------	------------	--	--	------	--------------------	--

04		(フリガナ) 氏 名	昭 S 年 月 日 平 H 令 R	男 1 女 2			円 千円	新規 (再加入) 事業所間異動	
----	--	---------------	-------------------------	------------	--	--	------	--------------------	--

05		(フリガナ) 氏 名	昭 S 年 月 日 平 H 令 R	男 1 女 2			円 千円	新規 (再加入) 事業所間異動	
----	--	---------------	-------------------------	------------	--	--	------	--------------------	--

令和 年 月 日提出 受付日付

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	- -

社会保険労務士の提出代行者印