

愛媛県医療機関企業年金基金

加入者資格喪失届

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 資格喪失年月日		⑧ 喪失区分			
	③ 基礎年金番号					1.退職日の翌日			⑩ 住所	郵便番号	⑪ 電話番号
						2.65歳の誕生日の前日					

01			氏名	昭 S 年 月 日	男 1	平 H 年 月 日	退職 4	死亡 5
	フリガナ	郵便番号						電話番号
	住所	—	都 道 府 県					

02			氏名	昭 S 年 月 日	男 1	平 H 年 月 日	退職 4	死亡 5
	フリガナ	郵便番号						電話番号
	住所	—	都 道 府 県					

03			氏名	昭 S 年 月 日	男 1	平 H 年 月 日	退職 4	死亡 5
	フリガナ	郵便番号						電話番号
	住所	—	都 道 府 県					

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	—	—

令和 年 月 日提出

受付日付

社会保険労務士の提出代行者印
印