

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 1.退職日の翌日 2.65歳の誕生日の前日	⑧ 喪失区分
	③ 基礎年金番号					⑩ 住所
	⑩ 住所	郵便番号				

01		氏名	昭 S 年 月 日	男 1	平 H 年 月 日	退職 4	勤務時間 短縮 6	死亡 5
			平 H	女 2	令 R	65歳 到達 7	事業所間 異動 8	
	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	勤務時間 短縮 6	死亡 5
			平 H	女 2	令 R	65歳 到達 7	事業所間 異動 8	
	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	勤務時間 短縮 6	死亡 5
			平 H	女 2	令 R	65歳 到達 7	事業所間 異動 8	
	フリガナ	郵便番号						電話番号
	住所	-	都 道 府 県					- -

令和 年 月 日提出

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
Ⓜ

受付日付