

# 事業主関係変更届

令和 年 月 日

|      |  |   |
|------|--|---|
| 常務理事 |  | 係 |
|      |  |   |

愛媛県医療機関企業年金基金 宛

|       |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|

|  |           |             |       |
|--|-----------|-------------|-------|
| 届出事項 (該当事項の番号を○で囲む)  | 事業所所在地    |             |       |
| 1・事業主の変更<br>2・事業主の氏名変更<br>3・事業所の名所変更<br>4・事業所の所在地変更<br>5・適用事業所全喪 | 事業所名称     |             |       |
|  | 事業主氏名     |             |       |
|  | 全喪<br>年月日 | 令和<br>年 月 日 | 全喪事由  |
| 変更後の事項   | 変更前の事項    | 変更年月日       |       |
|  |           | 令和          | 年 月 日 |

[基金受付印]

[基金処理日 令和 年 月 日]