

(依頼日)

長野県病院企業年金基金 あて
(Fax No. 0263-36-4801)

年 月 日

事業所名:

(事業所No. 担当者:)

帳票依頼書

下記帳票の送付を依頼します。

帳票名	依頼数	備考
加入者資格取得届		
加入者資格取得 取消訂正届		
加入者資格喪失届		
加入者資格喪失 取消訂正届		
標準給与等月額変更届		
標準給与等月額変更 取消訂正届		
加入者氏名変更(訂正)届		
加入者関係(入社・みなし)訂正届		
加入者関係事項訂正届		
(通信欄)		