

長野県病院企業年金基金 事業主関係変更届

(該当事項の番号に○を付す)

- 1 事業所名称の変更
- 2 事業所所在地の変更
- 3 事業の種類の変更
- 4 事業主の変更
- 5 事業主の氏名変更
- 6 事業主代理人の選任・解任

事業所番号

事業所所在地

事業所名称

事業主名



変更事項を証する公的書類の写しを添付願います

提出年月日 令和 年 月 日

変更前の事項	変更後の事項	変更年月日	変更理由

【公的書類の例】 いずれか一通を添付願います。

- ①適用事業所関係の変更届の写し（年金事務所の受付印があるもの）
- ②雇用保険適用事業所変更届の写し（公共職業安定所の受付印があるもの）
- ③登記簿謄本の写し（法務局）等