

結婚祝金請求書

長野県病院企業年金基金 理事長 殿

| | | | | |
|---------------------------|---|-------|----------------|----------------|
| 加入者または加入者であった者 | 氏名 | ⑩ | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 加入者番号 | | 加入年月日 | 年 月 日 | |
| 婚姻年月日 | 年 月 日 | | | |
| 配偶者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | |
| 住所 | | | | |
| 事業主 | 上記のとおり相違ないことを証明いたします。 | | | |
| | 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 ⑩ | | | |
| 送付先にチェックを入れて下さい。 | <input type="checkbox"/> 基金から事業主へ送付 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 基金から直接送付(送付先の住所・氏名をご記入下さい) 〒 喪失日 年 月 日 電話 : () | | | |
| ※基金からの直接送付は退職した加入者の場合のみです | | | | |

| | | | | | |
|------|------|---------|---|-------|--|
| ※決議書 | 常務理事 | | 係 | 伺年月日 | |
| | | | | 送付年月日 | |
| | | | | 受領書確認 | |
| | 支給額 | 10,000円 | | 台帳記入 | |