

長野県病院企業年金基金

加入者証再交付申請届

常務理事		担当者

加入者氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日
加入者番号		基金への加入状態		加入中	脱退中
事業所番号又は名称 (脱退中の者については 最終脱退事業所)					
事業主の証明	長野県病院企業年金基金の加入者証の再発行の申請をいたします。				
	また、上記のついては、事実と相違ないことを証明します。				
	事業所所在地	事業所名称	事業主名	印	

(注)脱退中の者は、事業主の証明欄には、ご自分の住所・氏名を記入し、押印のうえご提出下さい。