

長野県病院企業年金基金加入事業所 全喪届

事業所番号	全喪年月日	全喪する事業所の名称	
	令和 年 月 日		
全喪後の連絡先		全喪の理由	
住所			
氏名			
電話番号			
備考			

事業所所在地	 印
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

全喪を確認できる次のいずれかの書類を添付してください。

- ①適用事業所廃止届の写し（年金事務所）
 - ②雇用保険適用事業所廃止届の写し（公共職業安定所）
 - ③事業所廃止等の記載のある登記簿謄本の写し（法務局）
- 等