



加入者証再交付申請書

大阪府病院企業年金基金 理事長 殿

事業所番号		加入者番号				年 月 日提出	
フリガナ						性別	生年月日
氏 名						男 女	昭和 平成 年 月 日
フリガナ		郵便番号					
住 所				電話 ()			
現在勤務している事業所名							
申 請 事 由		1. 紛失		2. き損		3. その他	

【 基金使用欄 】

同時提出書類				送付先			
<input type="checkbox"/> 氏名変更()	<input type="checkbox"/> 給付関係()	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> 自宅				
<input type="checkbox"/> 諸訂正()	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 同時提出書類に添付					

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日付印