

常務理事	事務長	係

令和 年 月 日

## 兵庫県病院企業年金基金支給見込額照会書

フリガナ									
氏名		⑩							
住所		〒							
電話番号									
生年月日		昭和・平成 年 月 日 生							
加入者番号		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (右詰めで記入願います。)							
職歴欄	勤務事業所名	勤務期間							
		昭和・平成 年 月 ~ 平成・令和 年 月							
		昭和・平成 年 月 ~ 平成・令和 年 月							
		昭和・平成 年 月 ~ 平成・令和 年 月							
委任するとき記入	<p style="text-align: center;">委任状</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>私は上記の照会について (受任者) 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p>に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p>								

※支給見込額については、受付日時点での金額となります。