

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		Ⓜ					
住所		〒					
電話番号							
生年月日		昭和・平成		年		月 日 生	
加入者番号						(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	
		昭和・平成		年		月 ～ 平成・令和	
		昭和・平成		年		月 ～ 平成・令和	
委任するとき記入	委任状						
	令和 年 月 日						
	私は上記の照会について						
	(受任者)						
	住所 〒						
	氏名 Ⓜ						
電話							
に委任いたします。							
氏名 Ⓜ							

※支給見込額については、受付日時点での金額となります。