

送付年月日 年 月 日 <i>適用届書の注文を します</i>	事業所番号
	住所 〒
	事業所名称
	ご担当者様名
	電話番号

FAX

送付先:	愛鉄連厚生年金基金
FAX 番号:	0 5 2 - 4 8 1 - 7 2 5 9
電話番号:	0 5 2 - 4 8 1 - 7 2 5 1

備考欄

加入員資格取得届	部 (人分)
加算適用加入員申出書	部 (人分)
加入員報酬標準給与 月額算定基礎届	部 (人分)
加入員給与月額変更届	部 (人分)
加入員賞与支払届総括表	部
加入員賞与支払届	部 (人分)
加入員資格喪失届	部 (人分)
加入員氏名変更(訂正)届	部 (人分)
加入員証再交付申請書	部 (人分)
育児休業取得者申出書	部 (人分)
育児休業取得者終了届	部 (人分)
育児休業等終了時報酬月額変更届	部 (人分)

上記一覧にない届出用紙のご注文

--	--