

# 年金加入証明願

(事業主)

殿

申請者

住所 白鷹町大字

番地

氏名

印

私が、被用者年金に加入していることを証明願います。

## 年金加入証明(児童手当用)

証明者

事業所所在地

事業所名称

代表者又は

責任者

印

平成 年 月 日

次のとおり年金に加入していることを証明します。

氏名			
加入制度名	厚生年金保険 私立学校職員共済 船員保険 その他の年金( )		
基礎年金番号	-	当事業所での 加入年月日	. .

お問合せ 白鷹町健康福祉課児童係

0238-86-0212(内線823)