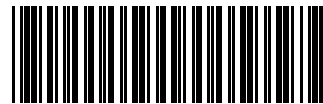


様式コード				
1	2	0	6	2



年金手帳再交付申請書

平成 30 年 08 月 28 日提出

受付印

事業所情報	事業所所在地	〒 163-0825 東京都新宿区西新宿 2-4 新宿MSビル 25F		
	事業所名称	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社		
	事業主氏名	木村 俊彦 (印)		
	電話番号	03 -5321-0000		

厚生年金保険もしくは船員保険に現在加入していて、お勤め先からの届出を希望される方は、左の欄に証明をもらってください。

社会保険労務士記載欄

氏名等

社労士太郎 (印)

申請対象の被保険者について記入してください。

基礎年金番号(10桁)で届出する場合は「①個人番号(または基礎年金番号)」欄に左詰めで記入してください。

A. 被保険者	① 個人番号(または基礎年金番号)	3 0 2 2 0 0 2 0 5 4	② 生年月日	⑤ 昭和 5 8 年 0 6 月 2 0 日 7. 平成
	③ 氏名	(フリガナ)アタ ケイコ 青田 慶子 (印)	④ 性別	1. 男性 ② 女性
	⑤ 郵便番号	1 5 5 0 0 3 1	⑥ 電話番号	1. 自宅 3. 勤務先 2. 携帯電話 4. その他 03-3444-4444
	⑦ 住所	東京都世田谷区北沢 6-8 リバーガーデン 203号		

申請内容について記入してください。

B. 申請内容	⑧ 申請事由	1. 紛失 2. 破損(汚れ) 9. その他		
	現に加入している(または最後に加入していた)制度の名称及び取得・喪失年月日	⑨ 制度の名称	1. 国民年金 2. 厚生年金保険 3. 船員保険 4. 共済組合	取得年月日 平成 13 年 04 月 01 日 喪失年月日 年 月 日
	「⑨制度の名称」欄が国民年金または共済組合の方は、以下の記入は不要です。			
	最初に被保険者として使用されていた事業所の名称、所在地(または船舶所有者の氏名、住所)及び、取得年月日	名称(氏名)		
		所在地(住所)		
	取得年月日	年 月 日		
現に被保険者として使用されている(または最後に被保険者として使用された)事業所の名称、所在地(または船舶所有者の氏名、住所)	名称(氏名)	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社		
	所在地(住所)	東京都新宿区西新宿 2-4 新宿MSビル 25F		