

届書コード	大区分	届書
2 0 6	2	

年金手帳再交付申請書

事務センター長 所	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者

◎ 年金手帳を破いたり、又は汚したりした場合の申請であるときは、この申請書にその年金手帳を添えてください。
 ◎ 「★」印欄は該当する項目を○で囲んでください。
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
 ◎ 国民年金、又は共済組合に加入されている方は、㉔、㉕、㉖の記入は必要ありません。
 ◎ 被保険者が自ら署名する場合に加入されている方は、㉔、㉕、㉖の記入は必要ありません。
 ◎ 被保険者以外の方の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

① 年金手帳の基礎年金番号		② 生年月日			③ 送 信 事 由	★ ① 紛失 ② 破損（汚れ） ⑨ その他	④ 年金手帳 交付要否		※ 0. 交付要 1. 交付否		送 信
.....			
⑦ 氏 名 (フリガナ) シャロウ シロウ (氏) 社 労 士 朗		⑧ 性別 男 1 女 2	⑨ 住 所 (フリガナ) カガワケヨハマシニクミタミライ 神奈川県横浜市西区みなとみらい〇丁目〇番地〇号			電 話 045 (0000) 0000					
㉔ 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（又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					
㉕ 現に被保険者として使用されている（又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（又は船舶所有者の氏名、住所）		名称 (氏名) 所在地 (住所)		取得年月日		年 月 日					
㉖ 現に加入している（又は最後に加入していた）制度の名称及び取得・喪失年月日		★ 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		年 月 日		喪失年月日		年 月 日	

㉗ 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出いたします。
 事業所所在地 〒 231-0005
神奈川県横浜市中区本町2丁目15番地
横浜大同生命ビル7階
 事業所名称 **ビジネスサポートセンター株式会社**
 事業主氏名 **代表取締役 平川 将**
 電 話 **045-664-0422**

**基礎年金番号がわからない場合にのみ、
 初めて厚生年金保険の被保険者になった
 事業所名、所在地および資格取得年月日**

⑦ 社会保険労務士の提出代行者印

平成 24 年 10 月 31 日 提出

受 付 印	
市区町村	年金事務所