届書コード	大区分	届書
2 0 6	2	

年金手帳再交付申請書

所長	次長	課長	係長	係員

◎ 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、㋓、㋔、㋖、㋗の記入は必要ありません。

◎ 被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の方が署名する場合は押印を省略することはできません。

◎ 事業主の押印について、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	送信	③ 事由	★	④ 年金手帳交付要否	※	送信
	★ 明治. 1 大正. 3 昭和. 5 平成. 7 　年　月　日			1. 紛失 2. 破損(汚れ) 9. その他		0. 交付要 1. 交付否	

㋐ 氏名	㋑ 性別	㋒ 住所	
(フリガナ) (氏)　(名)　㊞	男 1. 女 2.		(フリガナ) 電話(　　　)

㋓ 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
㋔ 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)			

㋕ 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

平成　年　月　日 提出

㋖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　〒

事業所名称

事業主氏名　㊞

電話　(　　　)

㋗ 社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞

受付印	
市区町村	社会保険事務所