

様式コード				
1	2	0	6	2

年金手帳再交付申請書



令和 年 月 日提出

事業所情報	事業所所在地	〒	—
	事業所名称		
	事業主氏名		印
	電話番号	()	

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。

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等
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。

※「③氏名」欄について、氏名の記載は必須となりますが、本人署名(または押印)は、事業主が被保険者の申請の意思を確認し、「⑦住所」欄の下部(余白部分)に「届出意思確認済み」と記載することで省略が可能です。

A. 被保険者	① 個人番号(または基礎年金番号)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
	③ 氏名	(フリガナ)	印	④ 性別	1. 男性 2. 女性		
	⑤ 郵便番号		⑥ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯電話	3. 勤務先 4. その他	—	—
	⑦ 住所						

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	取得年月日	年	月	日
			2. 厚生年金保険	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)						
	所在地(住所)						