

様式コード				
1	2	0	6	2

事業主が被保険者から申出を受け、年金事務所や事務センターへ提出した日を記入してください。
また、被保険者が直接提出する場合は、被保険者が年金事務所や事務センターへ提出した日を記入してください。

年金手帳再交付申請書

令和 元年 5月 15日 提出

受付印

事業主印を押印してください。ただし、事業主自らが署名した場合、押印は不要です。
被保険者が届書を直接、年金事務所又は事務センターへ提出する場合は、この事業主欄の記入は不要です。

事業所情報

〒168-8500
東京都杉並区高井戸3-2-1
株式会社 健保産業
代表取締役社長 健保 良一
電話番号 03(5432)6789

現在加入している、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

申請対象の被保険者について記入してください。

マイナンバーカードや年金手帳等を確認し、必ず記入してください。

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。

「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、「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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	② 生年月日	③ 昭和 平成 令和	4	5	年	0	6	月	1	4	日
③ 氏名	(フリガナ) 初村 夕仰	④ 性別	①. 男性 ②. 女性									
⑤ 郵便番号	1 7 6 0 0 0 0	⑥ 電話番号	①. 自宅 ②. 携帯電話	3. 勤務先 03-4224-5678								
⑦ 住所	東京都練馬区中央本町3-1-1											

被保険者は押印してください。
ただし、被保険者自らが署名した場合、押印は不要です。

初めて厚生年金保険若しくは船員保険の被保険者となった事業所の名称、所在地及びその資格取得日を記入してください。

申請内容について記入してください。

次のいずれかを で囲んでください。

- 紛失 : 紛失した場合
- 破損(汚れ) : 破れた又は汚れた場合
この場合は、破損した年金手帳を届書に添付してください。
- その他 : 年金手帳が交付されていない場合等(通常は使用しません)

B. 申請内容

⑧ 申請事由
①. 紛失 ②. 破損(汚れ) ③. その他

⑨ 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 29年 4月 1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	名称(氏名)	所在地	健保サービス株式会社 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 平成 21年 4月 1日	
現在、厚生年金保険又は船員保険の加入者である場合は、勤務していた事業所の名称及び所在地を記入してください。また事業所を退職し、国民年金に切り替えようとしている場合は、最後に勤務していた厚生年金保険又は船員保険の被保険者になっていた事業所の名称及び所在地を記入してください。	名称(氏名)	所在地	株式会社 健保産業 東京都杉並区高井戸3-2-1	

現在、加入している又は最後に加入していた公的年金制度の資格取得日を記入してください。

現在、加入している公的年金制度について次のいずれかを で囲んでください。
また勤務していた事業所を退職し国民年金へ切り替える、又は厚生年金保険若しくは船員保険の事業所へ勤務しようとしている場合は、最後に勤務していた事業所が加入していた公的年金制度について次のいずれかを で囲んでください。

- 国民年金 : 現在、国民年金に加入中の場合
- 厚生年金保険 : 現在、厚生年金保険に加入中の場合、又は最後に勤務していた事業所が厚生年金保険の事業所である場合
- 船員保険 : 現在、船員保険に加入中の場合、又は最後に雇用されていた船舶(事業所)が船員保険の船舶所有者(事業所)である場合
- 共済組合 : 現在、共済組合に加入中の場合、又は最後に勤務していた事業所が共済組合の事業所である場合