

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グ ル ー プ 長 課 長	課長代理	担当者

健 康 保 険
厚生年金保険 適用関係通知書等再交付依頼（処理票）

事業所整理記号	
再交付を希望する 通知書等名称	
届書提出年月日	
対 象 者	外 名
再 交 付 理 由	

事業所所在地 〒
事業所名称
事業主氏名
電 話 番

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏 名 等