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	※1
対　　象　　者	他　　名 ※2
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

【記入上の注意】

※1　「届書提出年月日」欄は、再交付を希望する通知書等の元となっている届書を提出した年月日を記入してください。

※2　「対象者」欄は、再交付を依頼する対象者の氏名を記入してください。
また、記入した対象者以外に再交付を依頼する対象者がいる場合は、対象者以外の合計人数を記入し、対象者がいない場合は他０名と記入してください。