

様式コード				
1	2	0	6	2



基礎年金番号通知書再交付申請書

令和 年 月 日提出

事業所情報	事業所整理記号		事業所番号	
	事業所所在地	〒 _____		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	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

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。

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)
	④ 郵便番号					⑤ 電話番号	1. 自宅 3. 勤務先 2. 携帯電話 4. その他
	⑥ 住所						

申請内容について記入してください。

B. 申請内容	⑦ 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	⑧ 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
	「⑧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)					
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)				