

厚生年金基金加入員証再交付申請書

大阪薬業厚生年金基金 理事長 殿

処理No.

① 加入員番号	フリガナ		③ 性別	男・女
	② 加入員氏名			
④ 生年月日	昭・平 年 月 日	⑤ 加入員住所	〒 — — Tel — —	
⑥ 現在、大阪薬業厚生年金基金に加入されている方は現在の事業所、加入されていない方は最後に加入していた事業所	(ア) 事業所番号	(イ) 事業所名称		
	(ウ) 事業所所在地	〒 —		
	(エ) 資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日		
	(オ) 資格喪失年月日	昭和・平成 年 月 日		
⑦ 事由	1. 紛失 2. 破損(汚れ) 3. その他 ()			
⑧ 加入員証送付先	1. 事業所所在地 2. 加入員住所 3. その他 ()			

平成 年 月 日 提出

⑨ 上記のとおり加入員から再交付申請がありましたので、届出いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	⑩
電話番号	— —

※ (注意事項)

- ◎ 破損又は汚れのための再交付の申請であるときは、加入員証を添えてください。
- ◎ 現在大阪薬業厚生年金基金に加入している場合は、⑥の(オ)欄の記入は不要です。
- ◎ 現在大阪薬業厚生年金基金に加入していない場合は、⑨の欄の記入は不要です。
- ◎ 紛失された加入員証を発見されたときは、直ちに基金までお返しく下さい。
- ◎ 加入員が自ら署名する場合には、②の加入員の押印は不要です。
- ◎ ⑨の事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

提出先

〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5
大阪薬業厚生年金基金 Tel.06-6945-1021

受付日付印