

貴社名

平成 年 月 日

保険証・年金手帳 再交付連絡票 (医師国保)

(該当に)

(フリガナ) 氏名		再交付の原因 滅失・き損・その他
生年月日	昭和 平成 年 月 日	
(フリガナ) 現住所	(〒 -) (TEL: - -)	

被保険者証の記号および番号

(保険証の番号が不明な場合、記号のみの記入で可)

基礎年金番号

基礎年金番号が不明な場合、以下 ~ のいずれかを記入

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、取得年月日	名称	取得年月日	S H	年	月	日			
	所在地								
現に被保険者として 使用されている事業所の 名称、所在地、取得年月日	名称	取得年月日	S H	年	月	日			
	所在地								
最後に被保険者として 使用されている事業所の 名称、所在地、取得年月日	名称	取得年月日	S H	年	月	日			
	所在地								
現に加給している制度の 名称及び資格取得年月日・ 喪失年月日	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	S H	年	月	日	喪失年月日	S H	年	月

再交付対象者が被扶養者(家族)の場合、ご記入ください。

被扶養者の氏名	生年月日	性別	再交付の原因
(フリガナ)	S H 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他
(フリガナ)	S H 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他
(フリガナ)	S H 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他

紛失したことの 証明	警察へ届出: 年 月 日届出済 / その他
---------------	-----------------------

手続きに必要な書類

き損の場合: き損した保険証・年金手帳

< FAX送付先 > 成迫社会保険労務士法人 松本事務所: 0263-38-7301 長野事務所: 026-291-4163