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）			
	取得年月日	年　月　日		
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）			