|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理年月日 | 常務理事 | 事務長 |  | 係 |
|  |  |  |  |  |

岡山県病院企業年金基金 **加入者証再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入者番号 |  | フリガナ |  |  | 性別 | 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 加入者氏名 |  |  | 男 ・ 女 |
| 事業所名※1 |  | 左記事業所の資格取得年月日 | 昭和平成令和 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 再交付理由 | 1.　紛　失　　　　　2.　破損(汚れ)※2　　　 　3.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

< 注意事項 >

※1　加入者の方は現在の事業所名(加入者でない方は当基金の加入者として勤務していた最後の事業所名)を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付日付印 |  |

※2　破損又は汚れのための再交付申請のときは、加入者証を添えてください。

※3　紛失された加入者証を発見されたときは、直ちに基金までお返しください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入者記入欄上記のとおり、加入者証再交付を申請します。 　　　年 　　　月 　　　日住　　所　　〒　　　　-氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　 （　　　　　　　　）  |  | 事業所(事業主)記入欄左記の加入者から再交付申請があったので、提出します。 　　　年 　　　月 　　　日所在地　　　〒　　　　-名　 称　　　　事業主氏名　電話番号　　　　　　　　 （　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 届出受任者欄 |
|  |