

年金証書再交付申請書

東京薬業企業年金基金 御中

年 月 日 提出

| | | | | | |
|----------------|------------------------|---------|--------------|----------------|-------|
| 年金証書番号 | | 生 年 月 日 | | 明治 大正 昭和 | 年 月 日 |
| 受給権者氏名 | | | | | |
| 申請者氏名 | | 印 | 受給権者 との関係 | | |
| 申請者住所 | 〒 電話 番号 () | | | | |
| 再交付申請理由 | 1. 紛失 2. 毀損 3. その他 () | | | | |
| 年金証書番号がわからないとき | 加入者(員)証の番号 | | | | |

※ 年金証書が毀損のため申請をする場合、毀損した年金証書の添付もお願いします。

申請者印は、受給者本人が署名する場合には省略することができます。

送付先 〒103-0024

東京都中央区日本橋小舟町1-3-7 東京薬業企業年金基金 年金給付担当