

# 企業年金基金加入者証再交付申請書

事業所番号						令和 年 月 日提出
①加入者番号						
フリガナ						
②加入者氏名						
③性別	男 ・ 女	④生年月日	昭 ・ 平	年	月	日
⑤加入者住所	〒 — — — — — Tel — — — — —					
⑥事由	1. 紛失 2. 毀損 3. その他 ( )					
⑦加入者証送付先	1. 事業所所在地 2. 加入者住所 3. その他 ( )					

⑧上記のとおり加入者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	
電話番号	

## ※注意事項

- ・ 毀損又は汚れのための再交付の申請であるときは、加入者証を添えてください。
- ・ 現在大阪薬業企業年金基金に加入されていない場合は、⑧の欄は記入不要です。