

そくりょう&デザイン企業年金基金
基金加入者証再交付願

常務理事	事務局長	業 務 部	扱 者

事業所番号								加入者番号 (右づめで記入してください)					
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--	--	--

加 入 者 氏 名	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月 日
理 由	1. 紛 失 2. き 損 3. その他()		
備 考			

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	
担当者連絡先	担当者名: TEL:

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者

受 付 日 付 印