常務理事	事務局長	業　務　部	扱　者

そくりょう＆デザイン企業年金基金
基金加入者番号通知書再交付願

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