様式第15号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 加入番号 |  |  |
| 年金証書番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　　　　名

加入証書等再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　加入　　　　　　　　亡失

　心身障害者扶養共済制度　　口数追加証明書を　　　しましたので、再交付を申請し

　　　　　　　　　　　　　　年金　　　　　　　　損傷

　　ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 加入者 | 氏　名 | 男  　　　　　　　　　　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |  |
| 住　所 |  | | 被共済者と  の続柄 |  |
| （年金受給権者）  被共済者 | 氏　名 | 男  　　　　　　　　　　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | | | |
| 年金管理者 | 氏　名 | 男  　　　　　　　　　　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | | 被共済者との続柄 |  |
| 証明書の交付  を受けた年月 | | 年　　　　　月 | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）