

加入番号	
年金証書番号	

加入等証書再交付申請書

年 月 日

長崎県知事様

加入者・年金
受給権者又は
年金管理者

長崎県心身障害者扶養共済制度 加入者 証書を 亡失 しましたので
口数追加年金 年 金 証書を 損傷

再交付を申請します。

加入者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日	
	住所			心身障害者との続柄	
心身障害者年金受給権者	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			心身障害者との続柄	
証書の交付を受けた日			年 月 日		