

加入番号	
年金証書 番 号	

加入証書等再交付申請書

年 月 日

福島県知事 様

（ 加入者・年金
受給権者又は
年金管理者 ）

氏 名

加 入
福島県心身障害者扶養共済制度 口数追加 証書を 亡失 しましたので、再交付を申請します。
年 金 損傷

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	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年月日			年 月 日		

- 注 1 該当するものを○で囲んでください。
 2 証書を損傷した場合には、その証書を添付してください。