

# 返納手帳の再交付申請書

申し出日を記入してください。

建設業退職金共済事業本部 殿

平成 24 年 5 月 1 日

共済契約者番号

6 3 0 9 9 9 9

契約者番号・住所・名称・代表者名をご記入ください。

ご担当部署等ご記入ください。

申請者（共済契約者）	住所	〒 1 7 0 - 8 0 5 5 東京都豊島区東池袋1-24-1	ご担当部署 総務課
	名称・代表者名	〇〇建設株式会社 土木 一郎	ご担当者 役職・氏名 植木 緑 電話番号 03-6731-2849 FAX番号 03-6731-2895

下記の者の共済手帳の再交付を受けたく申請いたします。

記

フリガナ	ケンセツ ジロウ	生年月日
被共済者氏名	建築 二郎	大昭和 42・7・7
被共済者番号	1 3 5 7 6 4 5 9 1	
手帳返納年月日	昭和 平成 1 9 年 0 3 月 3 1 日	

返納していた手帳の被共済者氏名・生年月日・手帳番号・返納年月日をご記入ください。

(注) 貴社で手帳を返納している場合は、ご記入ください。

事業所名	所在地

(注) 被共済者番号が判らない場合は、被共済者が以前に勤務していた事業所名と所在地をご記入ください。

※ 支部記入欄

手帳再交付年月日	平成 年 月 日
----------	----------

再交付手帳冊目	冊目
---------	----

証紙貼付実績

証紙	20円	60円	120円	180円	200円	260円	300円	310円
赤								
青								