

尼崎市中小企業
勤労者福祉共済 被共済者証再発行申請書

令和 年 月 日

公益財団法人尼崎地域産業活性化機構 理事長 あて

加入者番号	
事業所名	
代表者役職名 代表者氏名	
事業所の所在地	〒 _____
電話番号	(_____)

下記被共済者証の再発行を申請します。

被共済者番号	被共済者氏名	再発行の理由
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他
	フリガナ	1 紛失 2 汚損 3 その他

注) 再発行の理由欄は、該当するものに○をつけてください。

以下記入不要

受付印

決 裁

令和 年 月 日

被共済者証を再発行します。

交付年月日：令和 年 月 日

課長	課長補佐	係長	主任	係