

共済手帳紛失又は棄損による再交付申請書

建設業退職金共済事業本部 殿

令和 年 月 日

共済契約者番号

申請者	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		ご担当者	ご担当部署
	名称				役職・氏名
	代表者				電話番号
			FAX番号		

下記の共済手帳を紛失又は棄損したので、共済手帳の再交付を申請します。

記

区分	被共済者番号(手帳番号)	フリガナ	生年月日
		被共済者氏名	(選択して□にチェックをしてください)
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損	<input type="text"/>		大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> . . 平 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損	<input type="text"/>		大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> . . 平 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損	<input type="text"/>		大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> . . 平 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損	<input type="text"/>		大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> . . 平 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損	<input type="text"/>		大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> . . 平 <input type="checkbox"/>

- (注) 1. 共済手帳の状況に応じて区分の「紛失」又は「棄損」のどちらかにチェックをしてください。
 2. 被共済者番号は、必ずご記入ください。
 3. 棄損した共済手帳はいかなる状況であっても、必ず添付してください。
 4. 棄損した共済手帳に貼付された証紙のうち、建退共証紙たる確認が出来ないものにつきましては、貼付実績として取扱い出来ない場合がございます。
 5. 金融機関で発行された証紙貼付状況確認書があるときは添付してください。
 6. 被共済者が申請する場合は、住民票原本(マイナンバー記載のないもの)を必ず添付してください。
 7. 紛失した共済手帳の被共済者番号(手帳番号)がわからず、かつ手帳の申込が他社からなされている場合には、その会社名と所在地をわかる範囲でお知らせください。

(注)7の会社名・所在地 {