

「返納手帳の再交付申請書」の記入例

共済契約者番号・住所・名称・代表者名をご記入ください。

申出年月日をご記入ください。

担当部署・担当者名をご記入ください。

様式 第 028 号 K5
ダウンロード専用用紙

返納手帳の再交付申請書

令和 7 年 10 月 1 日

建設業退職金共済事業本部 殿

共済契約者番号 **6 3 9 9 9 9 9**

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	総務部総務課
	名称	〇〇建設株式会社	ご担当者	役職・氏名 植木 緑
	代表者	代表取締役 土木 一郎	電話番号	03-6731-〇〇××
			FAX番号	03-6731-〇〇△△

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

選択して□にチェックをしてください

フリガナ	ケンセイ ジロウ	生年月日																
被共済者氏名	建設 次郎	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">大正</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3" style="width: 100px; text-align: center; vertical-align: middle;">2・2・6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">昭和</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">平成</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	大正	<input type="checkbox"/>	2・2・6	昭和	<input type="checkbox"/>	平成	<input checked="" type="checkbox"/>									
大正	<input type="checkbox"/>	2・2・6																
昭和	<input type="checkbox"/>																	
平成	<input checked="" type="checkbox"/>																	
被共済者番号	1 3 2 3 4 5 6 7 8																	
手帳返納年月日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">平成</td> <td style="width: 30px; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 30px; text-align: center;">2 5</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">年</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">0 1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">月</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">1 0</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">令和</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td></td> <td style="text-align: center;">月</td> <td></td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> </table>	平成	<input checked="" type="checkbox"/>	2 5	年	0 1	月	1 0	日	令和	<input type="checkbox"/>		年		月		日	
平成	<input checked="" type="checkbox"/>	2 5	年	0 1	月	1 0	日											
令和	<input type="checkbox"/>		年		月		日											

返納していた共済手帳の被共済者氏名・生年月日・被共済者番号・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) 被共済者が以前に勤務していた事業所がある場合、その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	令和	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	320円
赤									
青									