



届書コード			届書
2	0	4	

### 基礎年金番号重複取消届

所長	次長	課長	官	係員

① 重複基礎年金番号1										② 生 年 月 日				③ 重複基礎年金番号2						送信								
1	2	6	3	5	9	4	8	7	2	★	明治	1	年	月	日	2	1	2	0		6	0	0	6	6	4		
										大正	3																	
										昭和	5	0	0	0	8	1	8											
										平成	7																	
										備				考														

平成 00 年 4 月 25 日

- ★印の欄は該当する項目を○印で囲んでください。
- 現在、厚生年金保険に加入していない場合は、本人の住所、氏名を記入し押印してください。

受付日付印

事業所所在地	〒112-0004		
事業所名称	和田食品株式会社		
事業主氏名	代表取締役		者代 印表
	和田幸一		
電 話	03 (3875局) 1095 番		

社労士  
記載欄

①		全 員 番 号		
---	--	------------------	--	--