

- 厚生年金保険被保険者
 厚生年金保険船員被保険者
 年金手帳記号番号重複取消届
 基礎年金番号重複取消届
 基礎年金番号重複取消届（取消）

電子申請用

◎入力方法等については、記載要領をご覧ください。
◎必ず電子署名を付与して申請願います。

①事業所の記号				③ はじめて交付をうけた年金手帳に記載されている厚生年金保険の被保険者の記号番号		④被保険者の氏名		⑤生年月日			
杉並	ケマ			存続中の基礎年金番号		(フリガナ) ネンキンゴロウ		元号	年	月	日
①船舶所有者整理記号		②被保険者整理番号		3334	555666	年金 四郎		昭和	50	5	5
		10									
厚生年金保険の船員以外の被保険者の場合		⑥種別 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 4		⑦ 上記以外に交付されてる年金手帳に記載されている厚生年金保険の被保険者の記号番号		⑧備考					
				取消する(した)基礎年金番号							
厚生年金保険の船員である被保険者の場合		⑥性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		7788	99999						

⑨	〒 168 - 0073 東京都杉並区下高井戸1-1-1 株式会社 健康第一
届出者住所	
届出者氏名	健康 太郎
電話番号	(03)-(9876)-(5432)

令和 年 10 月 5 日 提出

⑩社会保険労務士の提出代行者名記載欄

電子申請用

⑪ (添付書類)

添付する書類を選択してください	郵送	電子	なし
・基礎年金番号通知書又は年金手帳（年金番号証）	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
・その他の添付書類（具体的な名称を記入して下さい）	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="基礎年金番号が重複している年金手帳"/>			