

## 福利厚生契約対象職員証(会員証)再発行依頼書

※各欄の太枠内のみご記入ください

社会福祉法人 福利厚生センター理事長 殿

下記により福利厚生契約対象職員証(会員証)を紛失等しましたので、再発行を依頼します。

記入年月日

年  月  日

|                                                                           |                                                                                               |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 都道府県コード<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 契約者コード<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 福利厚生契約者<br>氏名若しくは名称及び代表者名<br>※法人の場合は法人名及び代表者名をご記入ください |
| ↑<br>契約証書で確認してご記入ください。                                                    |                                                                                               |                                                       |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (フリガナ)<br>紛失者<br>氏名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 会員番号                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                                                                                                                         |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 理由                                                                                                                      | ① 盗難      ② 紛失      ③ 破損      ④ その他(                      )<br>※該当するものに○をつけてください |
| 紛失等の状況(状況について具体的に記載してください)                                                                                              |                                                                                  |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |                                                                                  |

福利厚生契約対象職員証(会員証)再発行分の返信封筒(110円切手貼付、返送宛先記入)を必ず同封してください。  
なお、会員証の紛失理由が破損等で、現品がお手元にある場合は、これを同封してください。