

(別添1)

年 月 日

被保険者記録照会回答票

氏 名

生 年 月 日 年 月 日 性 別

住 所 〒

基 礎 年 金 番 号
年 金 手 帳 記 号 番 号
国 民 年 金

厚 生 年 金

船 員 保 険

制度	事業所／市区町村名				取得年月日	喪失年月日	月数		
厚 年	株式会社〇〇社				S50.10.13	S51.10.13	12ヶ月		
国 民 年 金					厚生年金保険		船 員 保 険		被保険者期間合計
納付済月数	全額免除月数	半額免除月数	学生納付 特例月数	合 計	月 数	期 間	月 数	期 間	
被 保 険 者 対 象 月 数									
備 考 欄									

同意書

私は、社会保険庁が保有する私の国民年金、厚生年金保険及び船員保険に関する被保険者記録を、労災保険給付に係る職歴調査の目的のため、

〇〇労働基準監督署長 〇〇 〇〇

郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇

住 所

に提供することに同意します。

平成 年 月 日

(ふりがな)

本人署名 : 印

生年月日 : 年 月 日

郵便番号 : 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 :

電話番号 : - -

基礎年金番号 :

又は厚生年金手帳記号番号 :

(別添 3)

事 務 連 絡
平成 年 月 日

社会保険業務センター所長 殿

労働基準監督署長

氏に係る被保険者記録の照会について(ご依頼)

氏から石綿による疾病に罹患した等として労災保険給付に係る請求書の提出が本職
あて平成 年 月 日付けでありました。

上記の保険給付の処理を行うため、同意書を添付の上、氏に係る被保険者記録を照
会しますので、ご多忙のところ恐れ入りますが 月 日までに回答していただきますよう
お願い申し上げます。

担当者	課	役職	氏名
連絡先	電話	-	-

(労働者死亡の場合)

(別添4)

依 頼 書

私は、社会保険庁が保有する〇〇〇〇に係る国民年金、厚生年金
保険及び船員保険に関する被保険者記録を、労災保険給付に係る
職歴調査の目的のため、

〇〇労働基準監督署長 〇〇 〇〇

郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇

住 所

に提供することを依頼します。

平成 年 月 日

死亡労働者 (ふりがな)

氏 名

生 年 月 日 : 年 月 日

死亡年月日 : 年 月 日

基礎年金番号 :

又は厚生年金手帳記号番号 :

依頼人署名 : 印

死亡労働者との関係

(参考資料として労災保険給付請求書に添付した戸籍謄本、
抄本等の写しを添付することに同意します。)

郵便番号 : 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 :

電話番号 : - -

(別添 5)

事 務 連 絡
平成 年 月 日

社会保険業務センター所長 殿

労働基準監督署長

氏に係る被保険者記録の照会について（ご依頼）

氏が石綿による疾病に罹患し死亡したとして、その遺族から労災保険給付に係る請求書の提出が本職あて平成 年 月 日付けでありました。

上記の保険給付の処理を行うため、依頼書及び 氏と請求書の提出のあった遺族との身分関係を証明する書類の写しを添付の上、 氏に係る被保険者記録を照会しますので、ご多忙のところ恐れ入りますが 月 日までに回答していただきますようお願い申し上げます。

担当者	課	役職	氏名
連絡先	電話	-	-